

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO
UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

**Contributos da Visita Domiciliária de Enfermagem Obstétrica
no Sucesso do Aleitamento Materno e Ansiedade Estado
aos três meses após o Parto**

Carla Augusta Gonçalves Ribas



Viana do Castelo, Julho 2014

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO
UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

**Contributos da Visita Domiciliária de Enfermagem Obstétrica
no Sucesso do Aleitamento Materno e Ansiedade Estado
aos três meses após o Parto**

Dissertação de Mestrado apresentada na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, ao abrigo do despacho nº 345/2012 publicado em Diário da República, 2ª Serie, nº 8 de 11 de Janeiro.

Orientador: Doutor Luís Carlos Carvalho da Graça



Viana do Castelo, Julho 2014

Ribas, C.A.G. (2014). Contributos da Visita Domiciliária da Enfermagem Obstétrica no Sucesso do Aleitamento Materno e Ansiedade Estado aos três meses após o Parto. Viana do castelo: [s.n.] Dissertação final do Mestrado de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, IPVC, Portugal.

Dissertação de Mestrado elaborada para efeito de obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, apresentada na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo.

Descritores: Visita Domiciliária, Pós-parto, Aleitamento Materno, Ansiedade, Enfermagem Obstétrica.

Publicação através de comunicação:

Graça, L.C.C. & Ribas, C.A.G. (2014). Contributos da Visita Domiciliária da Enfermagem Obstétrica no Sucesso do Aleitamento Materno e Ansiedade Estado aos três meses após o Parto. *In Congresso Internacional de Saúde Sexual e Reprodutiva – da formação aos desafios da intervenção em saúde sexual e reprodutiva*. Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo.

Agradecimentos

Ao professor Doutor Luís Carlos Carvalho da Graça, pela dedicação, orientação, discussão, disponibilidade e incentivo, aspetos vitais na condução e conclusão do percurso.

À professora Maria Augusta Delgado da Torre, pelo ânimo, carinho e interesse demonstrado, nos momentos de maior hesitação.

Às enfermeiras especialistas que se disponibilizaram para colaborar na investigação, pelo seu empenho e contributo crucial para a exequibilidade do estudo.

Às enfermeiras dos Centros de Saúde que colaboraram avidamente no estabelecimento de contactos com as mulheres que participaram neste estudo e na colheita de dados.

Aos coordenadores das várias unidades e decisores que criaram condições para a realização do estudo.

A todas as mulheres que se disponibilizaram a participar no estudo, sem as quais não teria sido possível.

À professora Ivone Barreto pela inspiração e paixão que me transmitiu ao longo da vida profissional.

À Cláudia pelo companheirismo, apoio e revisão do texto.

À minha família e amigos pelo seu interesse, apoio e coragem.

À minha filha um agradecimento especial pela constante motivação, paciência e ajuda.

Índice

INTRODUÇÃO	15
1. TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE: UM FOCO DA ATENÇÃO DA ENFERMAGEM....	23
1.1 PERSPECTIVAS TEÓRICAS DA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE.....	25
1.2 TAREFAS DESENVOLVIMENTAIS NO PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL	27
1.3 TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE – PERSPETIVA DE ENFERMAGEM	30
1.4 PERTURBAÇÕES PSICOLÓGICAS NO PUERPÉRIO	37
1.5 ANSIEDADE NO PUERPÉRIO	40
1.6 INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SMOG NA PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR EMOCIONAL	45
2. ALEITAMENTO MATERNO: UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE PÚBLICA.....	49
2.1 ALEITAMENTO MATERNO: CONCEITOS, RECOMENDAÇÕES E POLÍTICAS.....	50
2.2 GANHOS EM SAÚDE EM ALEITAMENTO MATERNO.....	55
2.3 SUCESSO EM ALEITAMENTO MATERNO	58
2.4 PROMOÇÃO, APOIO E SUPORTE AO ALEITAMENTO MATERNO	66
2.5 INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SMOG NA PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO.....	68
2.6 VISITA DOMICILIÁRIA NO PÓS-PARTO.....	75
3. PERCURSO METODOLÓGICO	81
3.1 FINALIDADES E OBJETIVOS.....	82
3.2 DEFINIÇÃO DE CONCEITOS	83
3.3 DESENHO DA INVESTIGAÇÃO	83
3.3.1 População e Amostra.....	85
3.3.2 Variáveis.....	89
3.3.3 Hipóteses.....	94
3.3.4 Instrumentos de Colheita de Dados	94
3.3.5 Procedimentos.....	98
3.3.6 Tratamento e Análise de Dados.....	99
4. RESULTADOS	101
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA GRAVIDEZ, PARTO, PUERPÉRIO E CRIANÇA	101
4.2 ALEITAMENTO MATERNO	103
4.3 ANSIEDADE	109
5. DISCUSSÃO	111
CONCLUSÕES	141
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	153
APÊNDICES E ANEXOS.....	181

Índice de Quadros

Quadro 1 – Desenho da investigação	84
Quadro 2 – Análise das diferenças entre os grupos quanto às características sociodemográficas	89
Quadro 3 – Intervenção na visita domiciliária	92
Quadro 4 – Consistência interna do inventário STAI	96
Quadro 5 – Consistência interna da escala MBFES	97
Quadro 6 – Análise das diferenças entre os grupos relativamente à gravidez, parto, puerpério e criança	103
Quadro 7 – Análise das diferenças entre os grupos relativamente ao aleitamento materno	107
Quadro 8 – Análise da normalidade de distribuição e da homogeneidade de variâncias das subescalas e escala total MBFES	108
Quadro 9 – Análise das diferenças entre os grupos quanto à satisfação com o aleitamento materno	109
Quadro 10 – Análise das diferenças entre os grupos quanto à ansiedade estado	109

Índice de Tabelas e Figuras

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica das primíparas	88
Tabela 2 – Caracterização da gravidez, parto, puerpério e criança	102
Tabela 3 – Caracterização do aleitamento materno	105
Figura 1 – Modelo de transição de enfermagem	33

Índice de Apêndices e Anexos

Apêndice 1 – Instrumento de colheita de dados	CLXXXIII
Apêndice 2 – Manual de procedimentos para a colheita de dados	CXCV
Apêndice 3 – Consentimento informado	CCIX
 Anexo 1 – Autorização para a realização do estudo	 CCXIII

Resumo

Introdução: A importância da iniciação e a manutenção do aleitamento materno exclusivo encontra-se documentada por várias entidades nacionais e internacionais, pois os ganhos que se lhe associam justificam o investimento na sua promoção. A ansiedade e a depressão são comuns durante a gravidez e após o parto revelando consequências prejudiciais para a mulher e para o desenvolvimento da criança.

Objetivos: Este estudo teve como objetivo analisar o contributo da visita domiciliária da enfermeira especialista em saúde materna, obstétrica e ginecológica, no sucesso do aleitamento materno e na ansiedade estado em primíparas.

Metodologia: Estudo pré-experimental, realizado numa amostra de 20 primíparas com ansiedade traço ≥ 40 , que frequentaram curso de preparação para o parto e parentalidade distribuídas em dois grupos: experimental e controlo. A variável independente foi a visita domiciliária da enfermeira especialista realizada entre o quarto e o oitavo dias do pós-parto. As variáveis dependentes foram o sucesso em aleitamento materno, onde se considerou a sua duração aos três meses de vida da criança, a gestão de intercorrências mamárias e a satisfação com o aleitamento materno; e a saúde mental da mulher, onde se considerou a ansiedade estado. A colheita de dados ocorreu ao terceiro mês do pós-parto através de questionário, da *Maternal Breastfeeding Evaluation Scale* de Leff (1994) e do *State-Trait Anxiety Inventory* de Spielberg, Gorsuch e Lushene (1970).

Resultados: A prevalência de aleitamento materno exclusivo e de aleitamento materno predominante aos três meses de vida da criança foi de 55% e 15%. A gestão de intercorrências mamárias ocorreu, para a maioria das mulheres, com a enfermeira especialista. A satisfação com o aleitamento materno foi elevada. A ansiedade estado das primíparas foi em média de $34,95 \pm 7,99$. Entre os grupos não se registaram diferenças estatisticamente significativas, pelo que não se verificaram efeitos decorrentes da intervenção.

Conclusões: O sucesso em aleitamento materno e a gestão da ansiedade são processos complexos, que derivam das dimensões biopsicossociais das mulheres, criança e famílias. A visita domiciliária não teve efeitos, no entanto não se observaram efeitos negativos. A intervenção dos enfermeiros deverá conjugar estas dimensões e desenhar-se ao longo do ciclo gravídico-puerperal.

PALAVRAS-CHAVE: Visita Domiciliária, Pós-parto, Aleitamento Materno, Ansiedade, Enfermagem Obstétrica.

Abstract

Background: The benefits of the initiation and duration of exclusive breastfeeding is documented by several national and international entities since the outcomes justify the investment that must be given to their promotion. Anxiety and Depression are common during pregnancy and after childbirth revealing adverse consequences for the woman and child development.

Objective: This study aimed to analyze the contribution of home visit by midwife in successful breastfeeding and state anxiety in primiparous.

Methods: Pre-experimental study with a sample of 20 primiparous with trait anxiety ≥ 40 , who attended program for childbirth and parenthood preparation divided into two groups: experimental and control. The independent variable was the home visit by the midwife between the fourth and the eighth days after delivery. The dependent variables were the successful breastfeeding in which was considered its duration at three months old children, the management of breast problems and the satisfaction with the breastfeeding; and the mental health of the woman, in which the state anxiety was considered. Data collection occurred three months after delivery through a questionnaire, the Maternal Breastfeeding Evaluation Scale and State-Trait Anxiety Inventory.

Results: The prevalence of exclusive breastfeeding and predominant breastfeeding at three months of the child's life were, 55% and 15%. The management of breast complications occurred, in the majority of women, with the support of the midwife. Satisfaction with breastfeeding was high. The state anxiety of the primiparous averaged $34,95 \pm 7,99$. Between the groups there were no statistically significant differences, so there were no effects of the intervention.

Conclusions: The success in breastfeeding and anxiety management is a complex process, which is derived from the biopsychosocial dimensions of women, children and families. The home visit had no effect, however, there weren't observed negative effects. The midwife's practice should combine these dimensions and be drawn along the pregnancy, childbirth and postpartum.

Keywords: Home Visit, Post-partum, Breastfeeding, Anxiety, Midwifery.

Lista de Siglas

AM – Aleitamento Materno

MBFES – Maternal Breastfeeding Evaluation Scale

SMOG – Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

STAI – State-Trait Anxiety Inventory

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULSAM – Unidade Local de Saúde do Alto Minho

USF – Unidade de Saúde Familiar

UNICEF – United Nations Children’s Fund

WHO – World Health Organization

Introdução

A recente reforma dos Cuidados de Saúde Primários, marcada pela reestruturação dos Centros de Saúde com a criação das Unidades de Saúde Familiar (USF), Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e pela implementação do processo de contratualização do desempenho na saúde carimba o contexto atual do Serviço Nacional de Saúde.

Os Centros de Saúde apresentam-se como unidades polivalentes, integradas e dinâmicas destinadas à prestação de cuidados de saúde alicerçados imperiosamente à promoção e proteção da saúde. As UCSP e USF têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde a pessoas e famílias, fundamentada e traçada numa abordagem individualizada ao longo do seu ciclo vital; as UCC assumem o seu enfoque na prestação de cuidados a grupos de pessoas em situações de vida e de saúde/doença que as tornam mais vulneráveis.

É neste contexto de assistência que vários profissionais atuam e incitam ao favorecimento das condições de saúde, e sobretudo de bem-estar da comunidade. Os enfermeiros de família e os enfermeiros especialistas em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (SMOG) fazem parte integrante destas unidades de saúde, e sobrevivem como um grupo profissional que contribui inequivocamente de forma efetiva para o atingimento de metas de saúde projetadas no Plano Nacional de Saúde.

A prática de enfermagem especializada em SMOG, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, assenta na assistência à mulher e sua família, ao longo do ciclo de vida, oferecendo especial atenção aos processos reprodutivos em contexto de saúde ou de doença de maior complexidade; e à comunidade intervindo no sentido de promover a saúde sexual e reprodutiva e prevenir/restabelecer processos de doença (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Na prática, esta premissa deve resultar e fazer-se valer pela criação de condições reais, em parceria com as mulheres, que determinem a tomada de decisão de forma consciente e informada sobre os fatores que influenciam o seu bem-estar.

Ao mesmo tempo, a intervenção dos enfermeiros especialistas em SMOG, na comunidade, enriquece-se pelas responsabilidades na conceção, planeamento, coordenação, supervisão, implementação e avaliação de programas, projetos e demais intervenções no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, na medida que detêm competências para impulsionar boas práticas nos cuidados de saúde.

Não obstante, os enfermeiros especialistas em SMOG devem assumir o desafio inerente à procura permanente da excelência do exercício profissional, sendo a investigação científica estratégia fundamental para o crescente desenvolvimento do conhecimento do cuidar.

A evolução científica marcada pela, cada vez maior evidência mostra que o processo de transição para a parentalidade ultrapassa a gravidez, sendo que, muitos autores, consideram-na uma fase de preparação. Inequivocamente, a gravidez ultrapassa o momento do nascimento, e requer de forma exigente um reajustamento, tal como é necessário e pretendido perante qualquer outra mudança na vida das pessoas e das suas famílias.

Enquanto processo de mudança pessoal, familiar e social assume-se como indissociável ao conhecimento técnico-científico e sociocultural.

Em Portugal, nas três últimas décadas os ganhos em saúde no panorama da saúde materno-infantil espelham uma evolução positiva. Contudo e apesar dos resultados, será tão ou mais importante garantir um planeamento em saúde que defenda de forma efetiva a sustentabilidade dos resultados (Machado, Alves & Couceiro, 2011). Para tal, é indubitável que a assistência em saúde, na sua vertente materno-infantil exija ao enfermeiro especialista em SMOG a implementação de dinâmicas de intervenção ajustadas às necessidades de cada mulher/família/comunidade, numa perspetiva bio-psico-sócio-cultural.

A necessidade de avaliar a sustentabilidade dos resultados compagina-se com as declarações emitidas no décimo sexto Encontro Anual do Fórum Europeu das Associações Nacionais de Enfermagem e da Enfermagem Obstétrica e a World Health Organization (WHO, 2012a), no qual se destacou a importância dos enfermeiros especialistas em SMOG integrarem os grupos de trabalho que definem projetos de intervenção em saúde e em grupos responsáveis pela tomada de decisão sobre estratégias políticas, educacionais e de promoção de saúde da mulher e família.

Ao longo dos tempos, as questões relacionadas com o aleitamento materno (AM) têm sido objeto de investigação para vários atores, contudo a importância resgatada nos últimos anos é incomparavelmente notória.

Em Portugal, a crescente preocupação sobre a compreensão efetiva dos fenómenos que determinam o abandono precoce do AM tornou-se uma prioridade para várias entidades com responsabilidades na área da saúde materna e obstétrica e da enfermagem especializada, conforme se pode constatar pelo desenvolvimento de projetos direcionados à promoção do

AM, pela Ordem dos Enfermeiros, *Mama Mater* e pela Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras.

De acordo com o Ministério da Saúde e Comissão Europeia para a Promoção do AM (2004) e o Ministério da Saúde e Observatório do AM (2012), os benefícios do AM justificam a preocupação, investimento e atenção a dedicar à sua promoção.

A evidência científica é consensual e tem vindo a demonstrar ganhos em saúde resultantes da alimentação com leite materno. No entanto, apesar da ascendente prática do AM, da implementação de programas promotores do AM, a par do esforço inequívoco dos profissionais de saúde no incentivo ao AM, a interrupção precoce do AM continua a ocorrer de forma muito significativa, a taxa de prevalência do AM permanece abaixo do desejável, o que se traduz num importante problema de saúde pública.

Apesar de amplamente divulgados os benefícios do AM constata-se o incumprimento das recomendações, as quais celebram a indiscutível importância do AM exclusivo até aos seis meses e da sua continuidade até ao segundo ano de vida. A não adesão ao AM e a sua interrupção precoce encontra-se associada à substituição do leite materno por leites artificiais, o que resulta em implicações desfavoráveis para a saúde da mulher e da criança, da comunidade e do meio ambiente, para além de se traduzir num aumento das despesas do Serviço Nacional de Saúde, bem como no agravamento das desigualdades em saúde (Ministério da Saúde & Observatório do Aleitamento Materno, 2012).

Portugal não escapa à regra, e como acontece em contexto europeu esta situação assume um forte impacto negativo na saúde e nos sistemas de saúde. Contudo, começam a visualizar-se pequenas flutuações, sendo que a taxa de prevalência do AM tem vindo lentamente a aumentar. Observa-se elevada taxa de iniciação mas uma redução na manutenção do AM exclusivo (Branco & Nunes, 2003; Levy & Bertolo, 2008, 2012; Sarafana, Abecasis, Tavares, Soares & Gomes, 2006), que corresponde a 40,3% aos três meses e 14,7% aos seis meses (Ministério da Saúde & Observatório do Aleitamento Materno, 2012).

Vários estudos têm sido realizados no sentido de conhecer e compreender as causas associados à cessação precoce do AM e, consequentemente, na determinação de estratégias efetivas de intervenção para o sucesso em AM.

Os resultados dos estudos sobre AM apontam, maioritariamente, para fatores relacionados com as características das mulheres e das crianças, as condições socioculturais e familiares e a disponibilidade assistencial [condicionada não apenas pelo tempo, mas também

pelas competências teóricas e práticas] dos profissionais de saúde durante o ciclo gravídico-puerperal.

Assim, os profissionais de saúde que assistem as mulheres e famílias neste período da sua vida devem estar, e sentir-se capacitados e motivados para favorecer o processo de AM, encorajando e apoiando as mulheres e suas famílias na tomada de decisão sobre a alimentação da criança.

Por outro lado, os estudos epidemiológicos realizados, nos últimos anos, demonstram que os problemas de saúde mental e as perturbações psiquiátricas tornaram-se a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade nas sociedades atuais (Ministério da Saúde, 2008).

Em Portugal, apesar da escassez de dados, a tendência não parece afastar-se muito da realidade de outros países europeus com características idênticas, pelo que, a saúde mental se constitui também uma prioridade para a intervenção no âmbito da saúde pública.

Atualmente, reconhece-se que problemas de saúde mental, tais como a ansiedade ou a depressão, são comuns durante a gravidez e após o parto, revelando consequências adversas não apenas para a mulher mas também para o desenvolvimento da criança (Aliane et al. 2008; Beltrami, Moraes & Souza, 2013; Camacho, et al. 2006; Conde & Figueiredo, 2005; Costa & Reis, 2011; WHO, 2008). O impacto da ansiedade, no puerpério, pode ter implicações negativas na saúde da mulher e da criança, pois as mulheres que apresentam altos níveis de ansiedade e depressão durante a gravidez tem maior propensão a desenvolver estados de ansiedade e depressão e cessarem o AM precocemente (Paul, Downs, Schaefer, Beiler & Weisman, 2013; Ystrom, 2012), sendo que para Silva (2012) os estados de ansiedade se associam a menor vinculação mãe-filho.

Vários estudos reportam para uma associação entre a sintomatologia da ansiedade e da depressão no pós-parto e a interrupção do AM exclusivo. A depressão pós-parto assume-se como um problema grave e comum mas tratável, pela que a sua atempada identificação pode cooperar na manutenção do AM, e consequentemente na prevenção dos demais efeitos danosos para as mães e crianças (Akman, et al. 2008; Costa & Reis, 2011).

As mulheres com níveis de ansiedade elevados ou depressão necessitam de mais apoio no processo de AM, com recurso a técnicas eficazes de *coping*, pelo que é de todo o interesse o impulsionamento da investigação científica sobre as características da personalidade das mulheres e a configuração da sua relação com o processo de AM (Aliane et al. 2008).

Dennis e McQueen (2007) e a WHO (2013b) apontam para a necessidade de implementação de medidas de saúde promotoras do aumento da taxa de manutenção do AM exclusivo e da melhoria das condições de saúde mental da mulher no pós-parto, na medida em que se reconhece que os estados de ansiedade na grávida/puérpera contribuem positivamente para o abandono do AM.

Em Portugal, as políticas de saúde contemplam estas preocupações como já se pôde constatar no Plano Nacional de Saúde 2004/2010 (Ministério da Saúde, 2004), no qual se destaca como critério de qualidade nos serviços de saúde a promoção da prática do AM e pela publicação do Manual de Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância (Ministério da Saúde, 2006) com o objetivo de apelar para a dimensão psicossocial da grávida e para a importância da identificação de situações de maior vulnerabilidade e do interesse inquestionável de uma intervenção precoce.

É fulcral que o casal, durante a gravidez, parto e pós-parto desfrutem de suportes efetivos [e afetivos] que lhes permitam vivenciar esta fase do ciclo das suas vidas de forma positiva, próativa e feliz, o que não apenas traz benefícios para o relacionamento conjugal, como alicerça condições de bem-estar para a criança.

A demonstração da necessidade impreterível de trabalharmos em conjunto para alcançar melhores níveis de bem-estar deve premiar a assistência de enfermagem pois os objetivos permitirão o crescimento e desenvolvimento da própria família como favorecerá a vinculação mãe/pai/criança.

A implementação de programas educativos que favoreçam a transição para a parentalidade no período pré-natal e a sua continuidade após o nascimento é uma necessidade emergente na nossa realidade e recomendável pelos seus advindos contributos (Lopes, Catarino & Dixe, 2010; Graça, Figueiredo & Carreira, 2011; Murta, Rodrigues, Rosa & Paulo, 2012).

A visita domiciliária de enfermagem apresenta-se como uma importante estratégia de intervenção, já que privilegia o contexto familiar, social e cultural e as relações familiares, permitindo uma melhor adequação dos cuidados, capacitação do casal no desenvolvimento de habilidades no papel parental e no processo de AM, assegurando as necessidades bio-psico-sociais das mulheres e crianças.

As mulheres e as crianças constituem grupos vulneráveis, pelo que as suas necessidades devem ser alvo de atenção das políticas e sobretudo de boas práticas de saúde.

Os estudos sobre programas de intervenção que promovam em simultâneo o AM e a saúde mental das mulheres no pós-parto têm sido diminutos, pelo que é neste contexto que surgiu a inquietação que permeou o desenvolvimento do nosso estudo: *qual o contributo da visita domiciliária da enfermeira especialista em SMOG, em Cuidados de Saúde Primários na Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM), no sucesso do AM e na ansiedade estado em primíparas com ansiedade traço ≥ 40 que frequentaram curso de preparação para o parto e parentalidade?*

A premissa de que o processo de transição para a parentalidade se inicia na gravidez e se prolonga no pós-parto, acarretando mudanças e consequentes adaptações, nomeadamente a gestão do AM e da ansiedade advinda da transição, e que pode ser favorecido pelas intervenções dos enfermeiros especialistas em SMOG na medida em que são os profissionais que assistem as mulheres neste período, prestando cuidados especializados baseados numa relação de confiança e parceria, constitui-se pilar da investigação.

Assim é nosso objetivo *analisar o contributo da visita domiciliária da enfermeira especialista em SMOG no pós-parto junto da primípara com ansiedade traço ≥ 40 no sucesso do AM e na ansiedade estado.*

A apresentação do estudo encontra-se estruturada em cinco capítulos. No primeiro capítulo cabe a discussão sobre o conceito de parentalidade, abordando-se as perspetivas teóricas da parentalidade, as tarefas desenvolvimentais inerentes à parentalidade, o processo de transição na perspetiva da enfermagem, as perturbações psicológicas no pós-parto, a ansiedade e a perspetiva de intervenção de enfermagem na promoção do bem-estar emocional da mulher/família no pós-parto. O segundo capítulo tem como propósito o AM, apresentando-se o estado da arte em Portugal, os conceitos relacionados com o AM, as recomendações sobre AM, as políticas de saúde com implicações na promoção do AM, a evidência dos ganhos em saúde proporcionados pelo AM, os fatores determinantes para o sucesso em AM e a explanação sobre a intervenção de enfermagem [em particular, da enfermagem especializada] na promoção, apoio e suporte ao AM, dando ênfase à visita domiciliária. O terceiro capítulo reporta-se à metodologia onde se enunciam os objetivos da investigação e as hipóteses, a caracterização do tipo de estudo, a população e amostra, as variáveis, os instrumentos e os princípios éticos inerentes ao processo de investigação. O quarto capítulo respeita à apresentação dos resultados do estudo; e no último capítulo expõe-se a discussão dos resultados, os contributos e as limitações do estudo, assim como se tecem recomendações para estudos futuros. Termina-se a apresentação com a súmula das principais conclusões e

implicações do nosso estudo e a explanação reflexiva de sugestões, sustentadas nos resultados da investigação e na revisão bibliográfica.

1. Transição para a Parentalidade: Um Foco da Atenção da Enfermagem

“O desempenho do papel parental constitui uma das mais difíceis experiências humanas, onde são colocados à prova todos os aspetos que constituem um ser humano adulto.”

(Santos et al. 2012, p. 2)

A gravidez é um dos acontecimentos mais sensíveis e vulneráveis na vida da mulher e do homem; gera profundas alterações físicas e psíquicas e assume-se como a fase de preparação para a parentalidade (Ministério da Saúde, 2006). A gravidez marca uma nova fase do ciclo vital da mulher, do homem e da família – é um ponto de viragem.

Na gravidez ocorrem mudanças ao nível individual, familiar e social, que se assumem de forma evidente como desafios [crises].

Para Bayle (2005), a gravidez é uma experiência corporal, limitada no tempo; enquanto a maternidade é um projeto a longo prazo, onde a mãe, o pai, e ambos como casal, e o seu filho, se envolvem de forma única, traçada pela sua própria personalidade, histórias de vida e passado intergeracional, o romance do casal e os acontecimentos de vida presente.

Leal (1997; 2005) aponta para as diferenças entre o fenómeno gravidez e o fenómeno maternidade considerando-os como duas realidades subjetivas. Para a referida autora, a maternidade ultrapassa a gravidez pois é um projeto de vida a longo prazo, que implica a existência de uma relação com a criança e com o contexto social.

De acordo com Cruz (2005, p. 13), a parentalidade apresenta-se como um

conjunto de ações encetadas pelas figuras parentais (pais ou substitutos) junto dos seus filhos no sentido de promover o seu desenvolvimento da forma mais plena possível, utilizando para tal os recursos de que dispõe dentro da família e, fora dela, na comunidade.

A perspetiva da enfermagem sobre a parentalidade corrobora a visão assumida pelos três autores citados anteriormente. Assim, o International Council of Nurses (2005, p. 43) considera a parentalidade como a:

(...) acção de tomar conta com as características específicas: assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a

incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados.

Estes conceitos remetem-nos para o conjunto de comportamentos assumidos pelos pais com o objetivo de promover a integração do novo elemento na família, assim como de proporcionar crescimento e desenvolvimento harmonioso da criança, apelando à integração de competências parentais socialmente reconhecidas, e que são inerentes à sua própria comunidade, e à sua responsabilidade afetiva, educacional, moral e económica.

Para Relvas (1996), a gravidez é um período de desenvolvimento demandado pela tomada de consciência e pela aprendizagem do estatuto de parentalidade, envolvendo as recordações da história de vida e reformulação das suas próprias expectativas.

A partir desta visão é possível inferir a gravidez como uma fase preparatória e de adaptação para o desenvolvimento de novos papéis.

Relvas (2006) refere ainda que a parentalidade se apresenta como uma das transições mais cruciais e marcantes na vida das pessoas, até mesmo porque promove mudanças significativas a vários níveis, em todos os elementos da família, para além de que determina o início de uma nova etapa do ciclo vital do casal, marcada pela evolução da função conjugal para a parental.

A parentalidade é um processo normativo, comumente desejado, que impulsiona mudanças irreversíveis nos papéis e funções do casal e suas famílias (Colman & Colman, 1994; Figueiredo, Pacheco, Costa e Magarinho, 2006; Relvas, 1996, 2006).

Para Reeder, Martin e Koniak (1995), a parentalidade assume-se como um processo contínuo de transição, que se inicia na gravidez e que se desenvolve à medida que os pais vão incrementando comportamentos e responsabilidades no cuidado à criança.

Assim, e de acordo com Leal (2005), acresce-se que, o nascimento da criança, apesar de desejado, aciona um processo irreversível de alteração de papéis na família, afetando o equilíbrio até então alcançado, que exige a inauguração de um processo de ajustamento que garanta a reconquista da estabilidade.

Em suma, a evidência científica revela que a transição para a parentalidade ultrapassa a gravidez, que acaba por se assumir como parte integrante deste processo. Ao mesmo tempo, a parentalidade ultrapassa o [momento do] nascimento, e como tal é um processo contínuo de

busca do reequilíbrio à semelhança do que acontece ou do que é, pelo menos, exigido para o sucesso quando perante qualquer outra mudança na vida.

1.1 Perspectivas Teóricas da Transição para a Parentalidade

A parentalidade, e em particular a forma como ocorre esta transição, tem sido objeto de investigação por várias áreas da ciência, que tentam desvendar algo mais sobre os mecanismos, motivações e ações dos pais ao longo deste processo.

Na revisão da literatura conduzida por Canavarro e Pedrosa (2005) destacam-se quatro teorias explicativas do processo de transição para a parentalidade: duas assentam na dimensão relacional: a) teoria da vinculação e b) perspectiva ecológica); e outras duas suportam-se na dimensão do desenvolvimento e mudança: c) perspectiva desenvolvimentista e d) teorias de *stress* e mudança.

a) Teoria da vinculação

Pela teoria da vinculação, a construção da relação da mãe/pai com a criança assume-se como um encontro entre os dois que cresce, gradualmente, à medida que se conhecem (Canavarro & Pedrosa, 2005).

Na perspectiva da teoria da vinculação, a proteção e segurança emitida pela figura parental no cuidado é fundamental para a segurança afetiva e regulação emocional da criança. Assim, importa clarificar que apesar da mãe se apresentar, frequentemente, a figura parental principal, por ser a principal cuidadora, o pai assume-se da mesma forma como uma figura de apego. Desta forma, a relação de vinculação pais-criança não se restringe apenas à principal cuidadora, pois inclui efetivamente aqueles que apesar de prestarem menos cuidados, interagem de outras formas e com diferentes propósitos com a criança. As referências à criança no estudo associam-se de forma efetiva à valorização e entendimento dos vários estádios do seu desenvolvimento e crescimento, desde o período fetal, recém-nascido e latente.

A análise teórica do processo de transição para a parentalidade oferecida por esta teoria não é suficientemente explicativa do processo parental, na medida que, apesar da importância da prestação de cuidados, são colocados em ação outros recursos psicológicos provenientes quer da própria mãe, quer de natureza social, cultural, conjugal e familiar sendo

que a perspectiva ecológica se apresenta integradora de várias dimensões, colmatando as lacunas explicativas da teoria da vinculação.

b) Perspetiva ecológica

De acordo com a perspectiva ecológica valoriza-se a pessoa-processo e meio, reconhecendo a importância da existência dos diferentes sistemas sociais e da sua interação.

Para Belsky e Bronfenbrenner [citados por Canavarro & Pedrosa, 2005], o estudo da adaptação parental implica a consideração das características dos pais e das crianças, do contexto e dinâmica das suas famílias, do contexto social [do meio], cultural, económico e legal da sua sociedade. A interação estabelecida ocorre entre os vários sistemas e a ação moderadora e mediadora de cada um e dos efeitos de outros.

c) Perspetiva desenvolvimentista

Segundo a perspectiva desenvolvimentista, a transição para a parentalidade assume-se como uma fase caracterizada pela necessidade de resolver tarefas específicas e atingir níveis de organização mais complexos (Canavarro & Pedrosa, 2005).

Nesta perspetiva, o desenvolvimento de tarefas para a consecução do papel de pai e mãe implica uma sucessão de aprendizagens, mediadas pela intervenção de outros atores, nomeadamente a família e o sistema de saúde. A aquisição do papel parental implica a reorganização de estímulos cognitivos, comportamentais e emocionais até então ausentes ou adormecidos. Zagonel (1999) menciona que as mudanças implícitas e requeridas no processo parental são acompanhadas por variadas emoções, que exigem múltiplas respostas para que seja possível ultrapassar os episódios de crescimento geradores de medos, ansiedade e insegurança até à recuperação do equilíbrio.

d) Teorias de *stress* e mudança

A parentalidade explicada com base nas teorias de *stress* e mudança evidencia a capacidades de adaptação à crise instalada pelo nascimento da criança.

A teoria de *stress* e mudança explica a transição para a parentalidade como um processo de mudança – gravidez e maternidade geram *stress* – que exige a ativação de processos de adaptação à nova situação, pela aceitação e compromisso para com os novos papéis e reestruturação da própria identidade individual de cada um dos pais, bem como da família (Ball; Boss; Vaz-Serra [referenciados por Canavarro, 2001]).

Cada pessoa responde ao *stress* em função do seu repertório cognitivo, emocional, familiar e social; sendo que perante situações geradoras de *stress*, cada pessoa, desenvolve capacidades para as ultrapassar, reagindo de acordo com os seus recursos internos e externos. A resposta perante as mudanças traduz a eficácia das estratégias de *coping*. Neste sentido, na transição para a parentalidade assiste-se a mudanças que acarretam perdas e ganhos, associados às representações da mulher sobre a gravidez e a maternidade, exigindo a ativação de recursos que até então não tinham sido utilizados e que agora são necessários (Canavarro, 2001). Para a mesma autora, a noção de crise associa-se à mudança, e não significa forçosamente sofrimento, mas sim reorganização mental.

Face ao exposto, consideramos que a teoria das tarefas desenvolvimentais se adequa ao processo de transição para a parentalidade, pelo que será descrita em maior profundidade.

1.2 Tarefas Desenvolvimentais no Período Gravídico-Puerperal

A gravidez constitui-se uma etapa importante na transição para a parentalidade, que se apresenta como um período de alguma instabilidade emocional, conjugal e familiar, tendo em vista a reestruturação da identidade do casal, e que se prolonga no puerpério, sendo também considerado “*um tempo pleno de vida e significado simbólico, transformações e importância.*” Colman e Colman (1994, p. 13).

Para Antunes e Patrocínio (2007) e Sá (2004), o processo de adaptação à gravidez gera uma maior vulnerabilidade, em consequência das alterações físicas, psicológicas e emocionais e da exigência de uma reorganização de funções da mulher como mãe, companheira e parte de uma família. A mulher necessita que a gravidez seja aceite, quer pelo companheiro, quer pela família. A aceitação familiar requer, também, adaptação e consequente reorganização ao nível dos relacionamentos familiares, pois a gravidez determina uma nova etapa no ciclo vital da família (Relvas, 1996, 2006).

Vários estudos revelam a importância da dimensão psicossocial da mulher no processo de adaptação à gravidez e parentalidade, e apontam como principais agentes de aceitação social: o companheiro que acaba por se assumir como base do [sistema de] suporte social (Mendes, 2002); e a mãe da mulher que representa o modelo essencial da identidade materna (Torre, 2001).

Do ponto de vista psicológico, *“a gravidez pode ser entendida como uma experiência com significados e implicações emocionais. É uma etapa da vida em que se verifica ajustamento ou desajustamento emocional, nomeadamente ansiedade estado e ansiedade traço, sintomas depressivos ou sensibilidade ao stress.”* Veríssimo (2010, p. 23).

As transformações biopsicossociais da gravidez concorrem para resolução de tarefas desenvolvimentais e assumem uma distribuição temporal própria, pelo que se pode constatar que a cada trimestre da gravidez associa-se um quadro sintomático próprio (Colman & Colman, 1994; Mendes, 2002). Gradualmente, a mulher transita de uma situação de total independência e auto-suficiência para uma situação de compromisso para a vida inteira com o filho (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2002). Os tempos de resolução destas tarefas não são lineares, sendo iniciadas durante a gravidez, prolongando-se para o período pós-parto, no entanto, a sua consecução em crescente é fundamental para a conclusão com sucesso do processo.

Colman e Colman (1994) desenvolveram exaustivamente os conceitos inerentes às tarefas desenvolvimentais que ocorrem durante a gravidez, no entanto, perspetivando a transição para a parentalidade como um processo que se estende após o nascimento da criança, abordaremos com maior profundidade as tarefas que se desenvolvem e prolongam após o parto.

Colman e Colman (1994) e Canavarro e Pedrosa (2005) identificam sete tarefas desenvolvimentais a decorrer durante a gravidez e que se prolongam no pós-parto: aceitação da gravidez, aceitação do feto, aceitação do bebé como ser independente, reavaliação e reestruturação da relação com os pais e cônjuge, reavaliação e reestruturação da identidade materna e, no caso não ser o primeiro filho, reavaliação e reestruturação da relação com os outros filhos.

Atendendo ao propósito do nosso estudo, e remetendo para o facto da investigação abordar a perspetiva da primípara e se delimitar ao período após o parto, não abordaremos as tarefas relacionadas com a aceitação da gravidez, a aceitação do feto e a reavaliação e reestruturação da relação com outros filhos.

No pós-parto assiste-se a alterações físicas, psicológicas, emocionais e sociais (Torre, 2001). A puérpera, em pleno processo de adaptação, confronta-se com o desafio da continuidade da concretização das tarefas desenvolvimentais iniciadas na gravidez e aos enfermeiros impõe-se um forte contributo para que esta transição ocorra de forma saudável.

Relativamente a este período importa abordar as seguintes tarefas desenvolvimentais:

- reavaliação e reestruturação da relação com os pais;
- reavaliação e reestruturação a relação com o cônjuge;
- construção a relação com a criança enquanto pessoa separada e
- reavaliação e reestruturação a sua própria identidade.

No que concerne à relação da mulher com os seus pais, futuros avós, pelo nascimento da criança emergem condições que podem instigar a uma união maior das diferentes gerações. O apoio dos avós no cuidar da criança pode fortalecer o elo de ligação entre pais e filhos. Contudo, o contrário também pode ocorrer, pelas interferências induzidas pelas memórias enquanto filhos e dos comportamentos dos próprios pais.

Assim, pela vivência desta tarefa surge a oportunidade de resolução de conflitos anteriores ou eternização de episódios incómodos passados (Canavarro & Pedrosa, 2005).

A relação com o cônjuge constitui-se também alvo de mudança, desde a divisão do trabalho e a prestação de cuidados, passando pelo relacionamento sexual e pelo próprio comportamento de cada um dos pais enquanto casal.

Vários estudos têm vindo a demonstrar que este período se associa a menores níveis de satisfação conjugal (Cowan & Cowan [citados por Canavarro & Pedrosa, 2005]; Hernandez & Hutz, 2009; Graça, 2010; Mendes, 2007). Para Relvas (1996) o ajustamento do casal na sua conjugalidade é fundamental para a adaptação à parentalidade, na medida em que a partilha de ideias, dúvidas e ansiedade pode ser uma estratégia de organização fundamental para o alcance de maiores níveis de satisfação relacionados com a vivência da parentalidade.

Tal como acontece na relação com os pais, também aqui se abre uma janela de oportunidade de crescimento ou de manutenção/agravamento da disfunção.

A construção da relação com a criança enquanto pessoa separada é um dos maiores desenvolvimentos que os pais têm que aprender para toda a vida. Desde a confrontação com a criança real, até às suas características e comportamentos são aspetos e sobretudo, condições que terão de ser aceites e integrados ao longo do exercício da parentalidade.

De acordo com o Ministério da Saúde (2006), as características do temperamento da criança, nomeadamente, o nível de atividade, ritmo, reação à aproximação, capacidade de adaptação, tipo de resposta aos estímulos, intensidade das reações, tipo de humor, tempo de atenção e a “consolabilidade” são fatores que influenciam o desenvolvimento da relação

pais/criança. Ao mesmo tempo, a sensibilidade dos pais às necessidades da criança, a dinâmica familiar e os fatores socioculturais exercem um papel na modelação da relação.

Por tal depreende-se a importância de antever respostas com os futuros pais e questões essenciais e inevitáveis associadas à parentalidade. A autonomização e proteção da criança são áreas intrinsecamente ligadas e que os pais terão de aceitar e promover ao longo do seu crescimento e desenvolvimento, investindo e reformulando, se necessário, as expectativas ou os seus ideais de pais.

A reestruturação com a própria identidade não respeita apenas ao desenvolvimento do papel parental, mas também aos vários papéis que cada um dos pais assume no seio da sua família. A integração de novas prioridades, assim como a construção de novos objetivos pessoais, requer reflexão e avaliação/previsão das perdas e ganhos entre as experiências passadas e as presentes, bem como a aceitação das condições da fase que vivenciam (Canavarro, 2001).

Em suma, o nascimento de um filho exige ao casal o desenvolvimento de novos papéis enquanto cônjuges, pais e filhos. Desde o momento em que são chamados a enfrentar novas exigências pelo nascimento de um filho, os pais passam a estimular de forma mais ativa a sua autoestima, paciência e criatividade exigidas na resolução de novos desafios e na consecução de competências no cuidado e educação da criança. A satisfação pessoal, o funcionamento familiar e o estilo de vida são dimensões que, inevitavelmente, se vão moldar e tal como referem Relvas e Lourenço (2001, p. 113), *“O grande desafio é levar essas tarefas a bom termo sem negligenciar a relação conjugal.”*.

1.3 Transição para a Parentalidade – Perspetiva de Enfermagem

Na perspetiva da disciplina de enfermagem, as transições são conceitos centrais, pois as relações enfermeiro-cliente acontecem, frequentemente, em situações de transição caracterizadas, habitualmente, por alguma instabilidade (Shumacher & Meleis, 2010). As transições que têm lugar ao longo do ciclo de vida das pessoas e das famílias são momentos em que os enfermeiros podem intervir, em parceria com os seus principais atores, no sentido de facilitar o alcance de maiores níveis de bem-estar.

A família é reconhecida como uma unidade de cuidados da prática de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001) e tendo em conta que o processo de transição para parentalidade se integra no ciclo vital da família, não poderemos esquecer as transformações e

o papel da família na gestão da mudança, até porque, a transição para e o início da própria parentalidade é um período de tão profundas mudanças e desequilíbrios [que apesar de normativo] pode resultar numa crise de desenvolvimento.

Meleis (2010), pelas suas investigações, constatou que as transições são estados catalisadores de mudança para outros estados, aquando dos quais os enfermeiros devem intervir de forma a contribuir para o alcance de uma adaptação saudável. No seu entendimento, a prática clínica de enfermagem deve apresentar-se como facilitadora da transição, focalizando-se não apenas nas necessidades e/ou processos biológicos mas na adaptação da pessoa à sua nova condição de vida/identidade. Assim sendo, a intervenção de enfermagem, que se fundamenta numa abordagem holística e humanista, é crucial para o sucesso no apoio às pessoas e famílias em momentos de transição. Ao longo do ciclo vital, as pessoas são confrontadas com a necessidade de mudança, e consequentemente com a procura e adoção de estratégias de adaptação às circunstâncias de vida pessoais e envolventes, quer relativas à saúde, quer à doença ou à profissão. As mudanças na vida acompanham-se de alguma instabilidade ou desequilíbrio [interno] e podem resultar ou não num ajustamento eficaz e saudável.

De acordo com Chick e Meleis (2010), a mudança apenas acontece se a pessoa tomar consciência das alterações que ocorrem na sua vida, pelo que a tomada de consciência é fundamental para o sucesso da adaptação em qualquer mudança na vida.

A teoria das transições de Meleis esclarece sobre a natureza das transições, as propriedades e condições das transições, os indicadores de transições saudáveis e sobre a assistência de enfermagem (Shumacker & Meleis, 2010) [figura 1].

As transições podem ser classificadas em quatro tipos: desenvolvimental, situacional, saúde-doença e organizacional.

As transições de carácter desenvolvimental correspondem a transições decorrentes do processo de desenvolvimento ao longo do ciclo vital, tais como, a passagem para a adolescência, para a vida adulta, para a parentalidade, sendo esta última uma das transições mais estudadas.

As transições situacionais incluem, por exemplo, as transições educacionais e profissionais.

As transições saúde-doença caracterizam-se por provocarem mudanças repentinas nos papéis, decorrentes da mudança do estado de bem-estar para um estado de fragilidade da saúde, e são exemplos a hospitalização e o diagnóstico de doença crónica.

As transições organizacionais caracterizam-se por mudanças ocorridas nos contextos sociais provenientes de macrossistema, com implícitas mudanças intraorganizacionais e são exemplo a promoção no local de trabalho e as mudanças na comunidade (Ibidem).

Para os referidos autores, nas transições existem propriedades universais, sendo que são: processos que ocorrem a todo o momento e que envolvem desenvolvimento; fluxos ou movimentos de um estado para outro; e as mudanças que ocorrem durante as transições têm naturezas específicas - identidade, papel, relações, capacidades, padrões de comportamento, estrutura, função, dinâmica - o que certifica que as transições são moldadas por fatores pessoais e ambientais.

As condições que influenciam as transições podem ser de âmbito pessoal, comunitário ou social, apontando-se os significados, as expectativas, o nível de conhecimentos e habilidades, o ambiente, o planejamento e o bem-estar físico e emocional. Estas condições permeiam as transições afetando-as de forma positiva ou negativa. Os significados e atitudes atribuídos à gênese dos acontecimentos podem facilitar a transição e a adaptação. A antecipação da transição numa fase preparatória através de conhecimento e a formulação de expectativas reais e a utilização de estratégias na gestão da situação proporcionam uma adaptação saudável (Magalhães, 2011). Os conhecimentos e habilidades são fundamentais para lidar com a transição e garantir o sucesso da adaptação.

O acompanhamento por profissionais de referência, bem como o suporte da família e dos amigos, e a informação e os modelos sociais ambientais influenciam, de forma positiva ou negativa, a vivência e dinâmica da transição. O contexto sociocultural de uma transição possibilita aos enfermeiros o desenvolvimento de intervenções em grupo e na comunidade, de forma ajustada com as necessidades reais. O nível de planejamento que se exige ocorrer antes e durante a transição influencia o seu sucesso. Este deve ser progressivo permitindo à pessoa preparar-se para e a cada etapa da transição (Schumacker & Meleis, 2010).

O bem-estar físico e emocional é uma condição que pode influenciar a transição, As transições são habitualmente acompanhadas de *distress*, tais como a ansiedade, insegurança e apreensão. O medo de falhar e a falta de autocrítica sentidos exageradamente resultam em dificuldade de concentração e podem conduzir a pessoa evitar o desconhecido. Por outro lado, quando o desconforto físico acompanha a transição, esta pode ser limitada pela dificuldade de assimilação de informação (Ibidem).

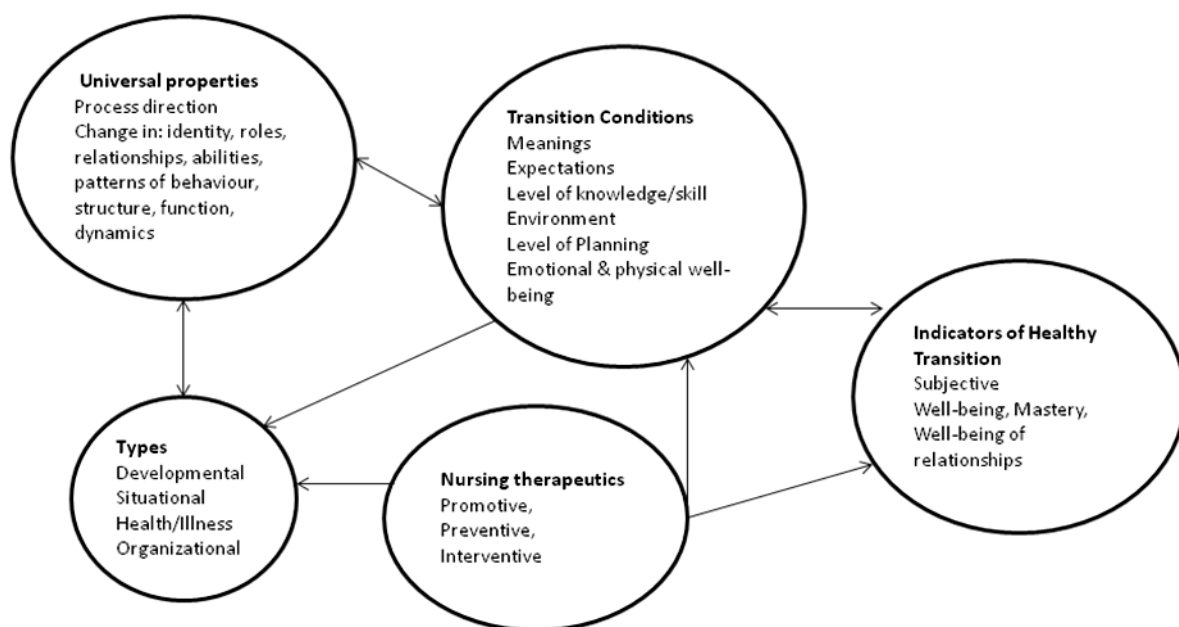
O terceiro domínio da teoria das transições de Meleis (2010) refere-se aos indicadores de transições saudáveis, nos quais se incluem o sentimento subjetivo de bem-estar, mestria no

desempenho de um papel e o bem-estar nas relações. Muitas vezes esta avaliação não ocorre na fase inicial da transição, pelo que os indicadores baseiam-se em indicadores de processo. A sensação de bem-estar subjetivo durante a transição inclui o *coping* efetivo e a gestão emocional. A mestria, capacidade de resolução com perícia, implica duas condições: a competência, que inclui conhecimentos e a capacidade cognitiva, tomada de decisão e capacidade psicomotora e auto confiança. Neste contexto, acresce-se o facto de um elevado nível de mestria revelar uma transição de sucesso. O bem-estar nas relações indica que a transição ocorre de forma positiva.

Durante a transição as famílias podem vivenciar situações de disfunção familiar, no entanto, quando o processo se direciona para o equilíbrio final, o bem-estar da família é restaurado ou promovido (Schumacker & Meleis, 2010).

Na prática, e no que concerne à intervenção de enfermagem, este modelo permite compreender melhor o processo de transição, e os seus contributos são relativos aos três níveis de prevenção (Ibidem).

Figura 1 – Modelo de Transição de Enfermagem



Fonte: Meleis & Schumacker, 2010

A transição para a parentalidade enquanto mudança do tipo desenvolvimental tem sido alvo de investigação. Neste contexto, é fundamental a menção à teoria da consecução do papel maternal [*Maternal Role Attainment*] de Ramona Mercer.

Mercer (2004) define o papel maternal como um processo, interativo e evolutivo, durante o qual a mãe se vai sentindo cada vez mais próxima da criança; desenvolve habilidades na prestação dos cuidados e experimenta o prazer e gratificação pelo seu desempenho.

Para a autora tornar-se mãe é uma das maiores transições do ciclo vital, pois impõe a necessidade de mudança para um estado desconhecido, uma nova realidade que induz ao desenvolvimento da própria mulher.

Para Salim, Araújo & Gualda (2010) tornar-se mãe é um ritual de passagem que envolve a mulher na organização de novos papéis.

Neste contexto é importante esclarecer o conceito de consecução do papel maternal – processo de interação e desenvolvimento - que ocorre ao longo do período de tempo em que mãe e filho se ligam e a mãe adquire as competências de cuidar, implícitas e exigidas no novo papel, ao mesmo tempo que exprime prazer e satisfação no desenvolvimento deste novo papel (McEwen & Wills, 2009; Meighan, 2004).

A consecução do papel maternal pode ser influenciada por várias variáveis, umas relativas à mulher, outras relacionadas com a criança e a família e até mesmo com ao apoio social recebido (Mercer, 2004; Mercer & Walker, 2006). A mesma perspetiva é partilhada por Canavarro (2001) e Soares (2008), ao proferirem a importância das características dos pais, da criança e da família, assim como dos fatores socioculturais e das práticas assistenciais na consecução do papel parental.

Na apreciação das características da mulher com influência na consecução do papel maternal aponta-se a idade (Lowdermilk et al. 2002; Mercer, 2004), estatuto socioeconómico, separação precoce mãe-filho, autoestima, autoconceito, (in)flexibilidade no ajustamento de papéis, satisfação com a interação, desempenho de tarefas, vinculação mãe-criança, atitudes educativas (Mercer, 2004), perceção da experiência do nascimento, história da gravidez e paridade, estado de saúde, ansiedade, *stress*, experiências anteriores de *stress*, história psiquiátrica, traço de personalidade e tensão no desenvolvimento do papel parental (Canavarro, 2001; Mercer, 2004). Acrescem-se a estas características, a influência advinda do tipo de relacionamento com a mãe, e os acontecimentos de vida pessoais e familiares no ano precedente à gravidez (Canavarro, 2001).

As características da criança que influenciam a consecução do papel parental incluem o temperamento, o estado de saúde e o peso à nascença (Canavarro, 2001). No entanto, será importante esclarecer que relativamente à influência do temperamento na consecução do papel parental existe alguma controvérsia, sustentada sobretudo quanto ao efeito da personalidade da criança nos pais (Mercer, 2004; Soares, 2008).

Os fatores familiares mediadores no processo de consecução da parentalidade abrangem o subsistema conjugal, parental e filial, mais propriamente o desempenho dos respetivos papéis (Mercer, 2004). A qualidade da relação conjugal parece influenciar a adaptação à parentalidade (Soares, 2008). Silva e Figueiredo (2005) e Graça (2010) associam uma menor satisfação conjugal ao nascimento da criança. A comunicação do casal (Menezes & Lopes, 2007) e o seu funcionamento prévio [a sua dinâmica anterior ao nascimento] (Relvas, 1996, 2006) influenciam a transição para a parentalidade.

Os fatores concernentes ao meio envolvente da relação mãe/filho com influência no desenvolvimento do papel parental incluem o apoio relacional e o apoio institucional. O apoio relacional exerce a sua influência na medida que a sua qualidade e extensão, bem como a satisfação percebida com o mesmo, relacionam-se positivamente com a adaptação à parentalidade (Figueiredo, 2003; Mercer, 2004; Nystrom & Ohrling, 2004), principalmente se este for oferecido por alguém com ligações estreitas com os pais, cônjuge e/ou família alargada (Soares, 2008).

Os recursos institucionais abrangem os serviços de saúde, nomeadamente em termos de informação, educação e preparação (Ibidem). O suporte social, proporcionado por profissionais de saúde favorece o desenvolvimento de competências parentais, revelando-se um aspeto facilitador para sucesso da transição para a parentalidade (Rodrigues, Fernandes, Rodrigues, Jorge & Silva, 2007; Wilkins, 2006).

As questões laborais, nomeadamente o estatuto profissional, a satisfação com o trabalho, a carreira e horário laboral parecem exercer influência no desenvolvimento do papel parental, sobretudo pela dificuldade em conciliar a prestação de cuidados e os desafios profissionais (Canavarro & Pedrosa, 2005). A cultura e as condições socioeconómicas são determinantes nas práticas parentais, bem como as aspirações pessoais que podem interferir na qualidade de relação com a criança (Lowdermilk et al. 2002).

Fruto da complexidade de fatores que medeiam a transição para a parentalidade, os pais são levados a reestruturar objetivos, papéis e responsabilidades inerentes à aquisição de uma nova identidade, que pode ser agilizada ou inibida pelas condições da mulher, pela

cultura, atitudes e condições socioeconômicas, preparação e conhecimento sobre o papel maternal, assim como pelas estruturas assistenciais da comunidade (Mercer, 2004).

Assim, importa pormenorizar a teoria de consecução do papel maternal. Esta desenvolve-se em quatro fases: a) fase antecipatória, b) fase formal, c) fase informal e d) fase de identidade pessoal ou materna (Meighan, 2004; Mercer, 2004).

a) Fase antecipatória

A fase antecipatória inicia-se com a gravidez e inclui a adaptação biopsicossocial derivada desta, que sendo positiva se associa a uma adaptação à maternidade.

b) Fase formal

A fase formal inaugura-se com o nascimento e inclui a aprendizagem e desempenho do papel de mãe. Esta fase caracteriza-se pelo restabelecimento físico da mulher, o conhecimento e estabelecimento do processo de vinculação com a criança. A mãe começa a aprender a cuidar da criança, imitando o comportamento de especialistas e seguindo as suas orientações.

c) Fase informal

A fase informal ocorre quando a mulher desenvolve formas particulares de lidar com o seu recente papel parental, recorrendo ao seu julgamento sobre os melhores cuidados à criança.

d) Fase de identidade pessoal ou materna.

Na fase de identidade pessoal ou materna, a mulher instiga à interiorização do seu novo papel, através do sentido de harmonia, confiança, satisfação, competência e vinculação, adquiridos gradativamente à medida que desempenha as suas tarefas parentais. Nessa fase revela-se o cumprimento de uma nova identidade através da redefinição do *self* que passa a incorporar a maternidade. A mulher sente-se confiante e competente no seu papel de mãe, expressa amor pela criança e tem prazer na interação [os outros reconhecem a recente mãe como mãe]. Os comportamentos que deslumbram competência materna atingem o seu pico aos 4 meses, diminuindo significativamente aos 8 e aos 12 meses (Mercer, 2004; Nystrom & Ohrling, 2004). A mãe caminha para uma nova etapa de equilíbrio e começa a estruturar-se como mãe cuidadora, de forma a ajustar-se a si, à sua família e aos demais contextos de vida,

conforme as suas experiências passadas e os seus objetivos futuros. A reestruturação cognitiva ocorre em grande parte quando apreende os estímulos/sinais da criança, e se ajusta à nova realidade (Graça, 2010).

As diversas fases fluem à medida que a criança cresce e variam de mulher para mulher, sendo influenciadas pelo apoio social, pelo *stress*, pelo próprio funcionamento da família e pelas relações estabelecidas (Meighan, 2004; Mercer, 2004).

A este respeito importa destacar a proficuidade dos profissionais de saúde que prestam cuidados de proximidade às famílias, que dotados da compreensão clara destas fases e da complexidade das interações entre elas, bem como providos de conhecimento sobre as influências que as mulheres estão expostas, podem influir positivamente para o sucesso da transição (Graça, 2010).

As situações de transição ineficaz requerem uma abordagem multidisciplinar de promoção do aproveitamento dos recursos pessoais em todos os momentos reconhecendo-se que a adaptação às crises [mudanças na vida] não é linear. O sucesso da adaptação ao papel parental dita o êxito das relações interpessoais e intrafamiliares, fortalece a relação conjugal e fomenta o desenvolvimento do papel parental (Hintz & Baginski, 2012).

A este propósito é crucial ter em consideração a adaptação psicológica que a mulher faz durante a gravidez e sobretudo durante o pós-parto, na medida em que este período se associa a uma maior vulnerabilidade emocional e psicológica.

1.4 Perturbações Psicológicas no Puerpério

O puerpério é o período que decorre desde o nascimento até às seis semanas após o parto. Alguns autores consideram o puerpério como o quarto trimestre da gravidez (Lowdermilk et al. 2002), que decorre do nascimento até ao sexagésimo dia após o parto (Correa, 1994). Assim, a transição biológica identifica-se claramente no tempo. Ao contrário, a transição psicossocial é mais difícil de delimitar temporalmente, pois prolonga-se no tempo.

O puerpério é um período de grandes alterações hormonais, físicas, psicológicas e sociais que podem ter implicações psicopatológicas.

Para Canavarro (2006, p. 161), *“a fase puerperal é para a mulher um período de transição acompanhada de fragilidade emocional e psicológica, sendo um momento vulnerável para ela.”*

Para a referida autora, as mudanças que se verificam a nível biológico, psicológico, conjugal e familiar “*podem resultar em desequilíbrio ou desenvolvimento e aquisição de novas competências psicológicas e sociais*” (2006, p. 161).

É consensual que o risco de alteração da saúde mental durante o puerpério se associa a fatores biológicos, familiares, conjugais, sociais, culturais e até a própria personalidade da mulher, que se relacionam com a capacidade da mãe em proceder aos reajustes necessários para desenvolvimento dos novos papéis e tarefas (Ministério da Saúde, 2006).

Nesta linha de pensamento importa abordar algumas das alterações do estado emocional da mulher que podem ter implicações na sua saúde mental e por tal podem influenciar negativamente a relação da mãe com a criança e prejudicar o seu desenvolvimento, acarretando danos futuros ao nível psicoafetivo na idade adulta (Conde & Figueiredo, 2005; Grant, McMahon & Austin, 2008). De entre as alterações no âmbito da saúde mental da mulher no puerpério destaca-se o *maternity blues*, a depressão pós-parto e a psicose puerperal.

Maternity blues

O *maternity blues* define uma forma transitória e moderada de perturbação de humor com carácter benigno, em consequência das alterações hormonais provocadas pelo parto cuja incidência é bastante significativa (Figueiredo, 2001).

De acordo com o Ministério da Saúde (2006) entre 40 e 60% das mulheres apresentam esta perturbação emocional. O *maternity blues* é um estado de tristeza, disforia e choro frequente, e surge entre o terceiro e o quarto dia do período pós-parto, atingindo o pico ao quinto dia.

O *maternity blues* é uma situação transitória que se resolve espontaneamente até ao décimo dia após o parto. Frequentemente, o *maternity blues* não é classificado como uma perturbação psicopatológica, mas fisiológica, na medida que surge em consequência do parto, como resposta emocional à mudança e constatação da realidade com a criança.

A investigação realizada, até então, não permite assentar conclusões sobre a associação do *maternity blues* com a depressão pós-parto, contudo parece claro que a personalidade da mulher assim como a sua história psiquiátrica, são fatores influenciadores de uma transição para a parentalidade bem sucedida.

Depressão pós-parto

A depressão na gravidez acontece em cerca de 10% das mulheres, e apresenta uma alta probabilidade de persistir após o parto, caso não seja atempadamente diagnosticada e resolvida. A depressão na gravidez é frequentemente diagnosticada no primeiro e terceiro trimestre da gravidez (Ministério da Saúde, 2006).

A depressão pós-parto ocorre, na maioria dos casos após a sexta semana do período pós-parto e atinge, entre 12 e 16% das mães. Assim, o pós-parto é o período de maior risco de desenvolvimento de perturbações do humor em todo o ciclo vital da mulher (Ibidem), em consequência da sua maior vulnerabilidade emocional e psicológica.

O quadro é, por vezes, difícil de diagnosticar, em consequência da exigência instalada na própria mãe para responder às necessidades da criança e ao desempenho do papel parental, o que acaba por camuflar o quadro clínico característico de depressão. Habitualmente, a depressão pós-parto manifesta-se por alterações do sono e do apetite, fadiga e perda de energia.

O diagnóstico precoce é fundamental na medida em que esta perturbação pode afetar toda a dinâmica pessoal, bem como a familiar com repercussões graves na saúde.

Quando diagnosticada tardiamente pode acarretar repercussões graves na saúde da mulher e comprometer, por vezes, de forma irreversível a relação do casal e de toda a família.

Pela revisão da literatura identificam-se vários fatores associados à depressão pós-parto, e apesar do objetivo deste estudo não se direcionar para esta patologia, consideramos útil apresentar uma breve análise sobre este assunto, na medida que os estados de ansiedade – variável em estudo na nossa investigação – podem contribuir para a ocorrência da depressão pós-parto.

De acordo com os estudos, cerca de 50% dos casos de depressão pós-parto decorrem da depressão iniciada ou continuada na gravidez (Dois, Uribe, Villarroel & Contreras, 2012). No seu estudo sobre fatores de risco associados a sintomas depressivos no pós-parto em mulheres com baixo risco obstétrico concluíram que a funcionalidade da família é uma variável presente nos casos de sintomatologia depressiva.

Pela revisão da literatura sobre depressão pós-parto e AM realizada por Figueiredo, Dias, Brandão, Canário & Nunes-Costa (2013) constatou-se que alguns estudos apontam a depressão na gravidez como um dos fatores que pode contribuir para o insucesso do AM; outros estudos concluíram a associação entre o AM e depressão pós-parto, não sendo clara a relação causa/efeito entre estas duas variáveis.

Aliane et al. (2008) efetuaram uma revisão sistemática da literatura sobre os fatores associados à depressão pós-parto e constataram que os mais frequentes são os fatores psicológicos/psiquiátricos.

Laconelli [citado por Menezes, Pellenz, Lima & Sarturi, 2012] refere que o histórico familiar de depressão, história pessoal de complicações obstétricas, grávidas submetidas a cesariana, mulheres cujas expectativas em relação ao parto não foram atingidas e interferiram na qualidade do seu humor, primigestas, mulheres em situação económica precária, mães solteiras, mulheres que perderam pessoas significativas durante a gravidez, mulheres que vivem em desarmonia conjugal, mulheres que casaram em função da gravidez, ansiedade materna e suporte pós-natal frágil são condições que concorrem para o aumento do risco de depressão pós-parto. Os mesmos autores aferem ainda que fatores relacionados com a criança, tais como intercorrências neonatais, prematuridade e malformações congénitas podem contribuir para a depressão pós-parto.

Psicose puerperal

A psicose puerperal é a forma mais extrema de alteração da saúde mental no pós-parto. A psicose puerperal é pouco frequente mas requer intervenção rápida.

Os sintomas da psicose puerperal manifestam-se num curto espaço de tempo após o parto e a condição requer normalmente Cuidados Hospitalares. Habitualmente, a mãe começa por se apresentar agitada, ligeiramente confusa, com comportamentos bizarros e insónias. A psicose puerperal ocorre, geralmente, em mulheres com história de vulnerabilidade psicopatológica e em consequência de fatores biológicos relacionados com o parto (Figueiredo, 2001).

1.5 Ansiedade no Puerpério

A ansiedade é uma vivência universal (Bernick, 1999). É um sentimento de apreensão causado pela antecipação de uma ameaça real ou imaginária, interna ou externa. Um estado de ansiedade pode ser considerado normal ou patológico em função das circunstâncias em que aparece, da intensidade e duração dos sintomas e do avaliador (Pereira, 2007). Trata-se de uma reação normal a um perigo ou ameaça real à integridade biológica ou ao conceito do eu, sendo que um nível de ansiedade aceitável desaparece quando o perigo ou ameaça deixa de existir (Townsend, 2010).

Para Primo e Amorim (2008), a ansiedade é um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, faz parte das experiências humanas e é responsável pela adaptação do organismo a situações de perigo.

Quando a ansiedade é sentida sem uma justificação externa e começa a impedir o normal funcionamento da pessoa, considera-se a possibilidade de existir uma perturbação da ansiedade. A determinação deste limiar tem sido discutida. A normalidade é determinada por padrões sociais (Townsend, 2010). Para Andrade e Gorenstein (1998) a ansiedade torna-se patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeia, ou quando não existe um objeto específico ao qual se direcione. A ansiedade é dos transtornos psiquiátricos mais comuns na população.

Os sintomas dominantes variam entre queixas frequentes de nervosismo, sudorese, tremores, tensão muscular, sensação de “cabeça leve”, palpitações e desconforto gástrico (Townsend, 2010).

A investigação científica tem permitido a construção de teorias explicativas da ansiedade, incluindo a sua caracterização e avaliação. Neste contexto é importante distinguir a ansiedade estado da ansiedade traço (Andrade & Gorenstein, 1998). Segundo o modelo de ansiedade traço/estado de Spielberg podemos esclarecer as diferenças.

O conceito de ansiedade estado respeita a um estado emocional temporário e transitório ou condição do organismo humano, que envolve sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão conscientemente percebidos. A ansiedade estado é uma reação situacional que pode variar de intensidade e frequência, ao longo do tempo (Ibidem).

Quando nos referimos ao modo habitual e consistente de reação da pessoa quanto à propensão para a manifestação da ansiedade (Silva, 2006) estamos a verificar uma estrutura/característica estável e duradoura de agir com base na individualidade de cada um – a ansiedade traço.

Estas duas realidades – estado e traço - permitem compreender o processo de ansiedade, nomeadamente a perceção da pessoa perante o *stress* e/ou a ameaça como um processo psicobiológico. Assim, perante uma situação ameaçadora ou estimuladora de *stress*, a pessoa reage através da manifestação de um estado de ansiedade com intensidade proporcional à sua perceção da dimensão do fator stressante. A ansiedade acaba por funcionar como uma forma de adaptação, pois estimula a ativação de mecanismos de resposta imediatos.

O traço está diretamente relacionado com a avaliação de situações potencialmente ameaçadoras por parte da pessoa. Habitualmente, pessoas com um traço de ansiedade mais elevado são mais susceptíveis a acontecimentos *stressores* exteriores, logo apresentam maiores níveis de ansiedade estado (Silva, 2006; Spielberg & Vagg, 1995).

Cataño (2011) refere que os sintomas ansiosos são comuns podendo surgir em qualquer pessoa ao longo do ciclo vital, sendo que as mulheres têm maior probabilidade que os homens.

O puerpério apresenta-se como uma fase de adaptação e como tal de maior suscetibilidade à elevação dos níveis de ansiedade, nomeadamente à ocorrência de algum tipo de transtorno de ansiedade (Cantilino, Zambaldi, Sougey & Rennó, 2010). Apesar da ansiedade no pós-parto se apresentar frequente, o seu estudo é maioritariamente desenvolvido em mulheres durante a gravidez. O objeto de estudo na maioria das investigações desenvolvidas na área da saúde mental no pós-parto é a depressão pós-parto (Figueiredo, 2005).

Para Carvalho, Murta & Monteiro (1999) a sintomatologia mais comum no pós-parto, está associada a ataques de pânico, agorafobia, medo de ficar sozinha com a criança ou hipocondria em relação à criança.

A investigação científica nesta área revela também uma relação entre [altos] níveis de ansiedade durante a gravidez e repercussões negativas no pós-parto. Tal é evidenciado por Silva (2012) ao concluir que existe um risco psicopatológico associado à maternidade, observado pela relação entre níveis elevados de ansiedade durante a gravidez e o *stress* parental no pós-parto, assim como a ansiedade parece associar-se ao surgimento da depressão pós-parto. Pelos estudos de Van Bussel, Spitz e Demytternaere (2009) e Heron, O'Connor, Evans, Golding e Glover (2004) aferiu-se que os estados de ansiedade na gravidez são maiores do que no pós-parto, sendo que no pós-parto diminuem ao longo do tempo (Sisk, Lovelady, Dillard & Gruber, 2006).

A importância da determinação do nível de ansiedade no ciclo gravídico-puerperal justifica-se pelo impacto que pode acarretar para a saúde materna e infantil (Correia & Linhares, 2007; Mina, Balhara, Verma & Mathur, 2012).

Britton (2005), num estudo sobre ansiedade, na puérpera com recém-nascido saudável, pela aplicação do *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI), demonstrou que 24,9% das mulheres manifestavam ansiedade moderada; sendo que as primíparas, as mulheres solteiras e as mulheres com menor suporte social apresentavam maior *score* de ansiedade. De acordo com o

mesmo estudo verificou a existência de uma correlação positiva entre menores níveis de ansiedade e gravidez planeada, frequência em aulas de preparação para o parto e suporte social.

Pela aplicação do mesmo instrumento de avaliação da ansiedade, Faisal-Cury & Menezes (2006) estudaram a ansiedade no puerpério, sendo que 44,8% das mulheres apresentaram ansiedade-estado e 46,1% das mulheres apresentavam ansiedade-traço. Outra das conclusões deste estudo foi o facto de mulheres de faixa etária mais alta e nível socioeconómico mais elevado apresentarem menor risco de ansiedade puerperal. Por outro lado, a presença de intercorrências com a criança e o maior número de filhos foram identificados como fatores favorecedores de quadros de ansiedade puerperal.

Para estes autores, os distúrbios ansiosos parecem ser mais frequentes que os quadros depressivos e, apesar de a associação entre ansiedade e depressão ser frequente, nem todas as pessoas ansiosas se encontram deprimidas.

Ainda de acordo com Baptista, Baptista e Torres (2006), a sintomatologia ansiosa no pós-parto tem uma prevalência que ronda os 5 e os 20%, e apresenta maior incidência nas primíparas. Neste contexto, Dunn, Davies, McCleary, Edwards e Gaboury (2006) referem que as mulheres com altos níveis de ansiedade ou depressão estão mais propensas a introduzir suplementos alimentares à criança e apresentam um maior risco de cessação precoce do AM.

Os estados de ansiedade da puérpera podem interferir negativamente na produção e regulação hormonal colocando em risco o estabelecimento do processo de lactação, pois o reflexo de produção de oxitocina ocorre em resposta a estímulos condicionados, tais como a visão, o cheiro e o choro da criança, bem como é condicionado a outros fatores de ordem emocional como a motivação, a autoconfiança e a tranquilidade. Conforme Issler (1983) e Levy (1996), quando a mãe está ansiosa, tensa ou com medo, o reflexo de libertação de oxitocina ocorre de forma parcial ou podendo até ser nulo, com consequências imediatas, tais como o ingurgitamento mamário e uma criança com sinais de fome.

A falta de confiança, a insegurança a ansiedade das mães associada a medos relacionados com a impossibilidade de lactação e a qualidade do leite materno constituem-se entraves ao processo de AM (Lothrop, 2000; Martin & Valero, 1992).

Aragaki, Silva e Santos (2006) estudaram o estado e traço de ansiedade das mulheres com indicadores de hipogalactia e mulheres com galactia normal, e concluíram que as mulheres com traço ansiedade médio destacavam-se no grupo das mulheres com hipogalactia. O mesmo estudo revelou ainda que os estados de ansiedade ao décimo e ao trigésimo dia diminuíram

consideravelmente, ocorrendo mesmo remissão dos sinais de ansiedade, com o passar do tempo.

A falha no processo de lactação e as perturbações do humor no período pós-parto parecem ter uma causa comum, podendo ser manifestações de perturbações do sistema neuroendócrino, das hormonas gonadais e lactogénicas, reatividade ao *stress*, homeostasia da tiróide ou *stress* em relação ao cuidar da criança (Stuebe, Grewen, Pedersen, Propper & Meltzer-Brody, 2012). Para estes autores, a hipogalactia e a depressão pós-parto são situações comuns e estão frequentemente associadas, pelo que é recomendado que mulheres com problemas no AM devam ser referenciadas para apoio especializado em AM. Segundo os mesmos, mulheres com níveis de *stress* e ansiedade elevados devem ser sujeitas a técnicas de relaxamento, como forma de incitar ao sucesso do AM, pois apresentam inequívoca utilidade na melhoria do humor, e logo concorrem para o sucesso do AM. A este propósito referem-se ao estudo randomizado e controlado de Feher, Berger, Johnson e Wilde de acordo com o qual as mulheres expostas a música de relaxamento [durante uma semana] obtiveram maiores níveis de produção de leite materno em comparação com as mulheres do grupo controlo.

Em síntese, importa reter que no puerpério, os níveis de ansiedade são maiores, as mulheres com nível de ansiedade traço mais elevado parecem ser mais vulneráveis, assim como as primíparas, e o impacto da ansiedade da mãe afeta a experiência da maternidade, podendo conduzir a risco de desenvolvimento da criança (Conde & Figueiredo, 2005; Beltrami, et al. 2013), e maior risco de cessação precoce do AM (Paul et al. 2013). Assim sendo, a intervenção dos profissionais de saúde é crucial. Os enfermeiros especialistas em SMOG assumem-se como profissionais privilegiados, que por possuírem um elevado nível de conhecimentos e competências práticas, e com proveito da sua condição de maior proximidade ao longo deste ciclo na vida das mulheres, ocupam uma posição clínica estratégica de sucesso.

Nesta linha de pensamento e atendendo à vulnerabilidade emocional que o período gravídico-puerperal acarreta, a promoção da saúde mental é premissa fundamental para a adaptação da mulher e família à nova etapa do ciclo vital.

1.6 Intervenção do Enfermeiro Especialista em SMOG na Promoção do Bem-Estar Emocional

“Tem mostrado a evidência que a promoção da saúde mental é efectiva no período da gravidez e nos primeiros tempos de vida da criança.” (Ministério da Saúde, 2006, p. 4)

A promoção e manutenção da saúde mental devem contemplar o período pré-natal e pós-natal, exigindo-se o desenvolvimento de cuidados abrangentes, holísticos – físicos, psíquicos e sociais (Ibidem).

A gravidez e os primeiros tempos de vida da criança são períodos críticos – vários fatores de risco podem conjugar-se e comprometer a capacidade de desenvolvimento do papel parental e em consequência afetar negativamente o desenvolvimento da criança, com repercussões ao longo do seu ciclo de vida. Contudo, ao mesmo tempo são momentos potencialmente transformadores, para os quais poderão contribuir a assistência dos profissionais de saúde (Brito, 2009; Loureiro, Goes, Maia, Paim da Câmara & Nunes, 2009).

Mercer e Walker (2006) referem que a assistência de enfermagem durante estes períodos é especialmente importante no desenvolvimento do papel maternal. Também Nystrom e Ohrling (2004) identificaram a necessidade de intervenções de enfermagem focadas na minimização do efeito do *stress* nos pais durante a transição para a parentalidade, sugerindo que o apoio é fundamental para o seu empoderamento.

Também para Grau, Alexandri & Garcia (1995, p. 39), *“(...) a importância e dificuldade dos fatores psicossociais justificam uma ajuda profissional durante a gestação e puerpério para superar inseguranças e problemas emocionais e obter a melhor adaptação possível”*. Os autores consideram ainda que o momento mais crítico do puerpério decorre entre a segunda e a quarta semana do pós-parto, pelas dificuldades com a lactação e problemas associados à necessidade de reorganização da vida e adaptação à criança.

Na óptica de Van Teeffelen, Nieuwenhuijze e Korstjens (2011) as mulheres com gravidez de baixo risco necessitam de apoio próativo, profissional e psicossocial das enfermeiras especialistas em SMOG, e esperam delas ajuda para lidar com as mudanças da gravidez, parto e transição para a maternidade.

Menezes et al. (2012) desenvolveram uma investigação sobre os procedimentos necessários para a diminuição da incidência de depressão pós-parto, a capacitação das equipas de saúde nas unidades básicas de saúde, e ainda com a finalidade de caracterização das

implicações da depressão pós-parto na interação mãe-criança. Este estudo revelou que a capacitação dos profissionais de saúde deve ser intensificada dado que os prejuízos para a díade são grandes.

Uma intervenção eficaz exige o entendimento e reconhecimento da família como um todo e não apenas da mulher grávida; assente no pressuposto de influência mútua entre todos os membros da família. Desta forma, ao capacitar e apoiar a família como um todo teremos mais oportunidades de influenciar positivamente cada um dos seus membros (Relvas, 1996; 2006).

A promoção da saúde mental começa com a promoção do investimento relacional materno, do casal e da família em relação à criança. Assim, o desenvolvimento de laços afetivos entre o casal e a criança é fundamental para uma vivência positiva do ciclo gravídico-puerperal. A identificação de fatores de risco bem como de fatores protetores na saúde mental é crucial para uma intervenção de sucesso.

Atendendo à etapa do ciclo vital da família, o enfermeiro especialista em SMOG deve explorar os aspetos relacionados com as tarefas desenvolvimentais, assim como as ligações entre os elementos da família.

Mercer e Walker (2006) referem que as intervenções de enfermagem que privilegiem a interação e a proximidade com as mulheres são as mais eficazes, pois potencializam as interações saudáveis entre a mãe e a criança e no conhecimento materno acerca dos cuidados da criança.

O conhecimento científico, as atitudes de escuta ativa, a demonstração de confiança, e disponibilidade são ingredientes fundamentais para a identificação e resolução de aspetos adormecidos ou reais.

Para Canavarro (2006), a intervenção dirigida à causa geradora de ansiedade ou dificuldade apresentada e sentida pela mãe, reveste-se do apoio psicológico necessário ao restabelecimento da autoconfiança essencial ao sucesso da adaptação à parentalidade e ao AM.

O estabelecimento de uma relação de confiança logo no início da gravidez, é estrutural e a incorporação do pai na dinâmica de cuidados são princípios fulcrais (Ministério da Saúde, 2006).

Para Tavares e Botelho (2009) cabe ao enfermeiro especialista em SMOG o papel de prevenir a instalação de situações psicopatológicas, recorrendo a intervenções eficazes, bem como o diagnóstico precoce. A assistência oferecida na consulta de enfermagem à família,

bem como no curso de preparação para o parto e parentalidade têm-se evidenciado como relevantes estratégias de intervenção (Couto, 2006). Com efeito, observa-se que o trabalho em grupo favorece a capacitação dos pais na construção de capital social (Lopes et al. 2010) e o desenvolvimento de competências no cuidado à criança (Neves, 2013).

Consonni et al. (2010) desenvolveram um estudo com o objetivo de avaliar um programa multidisciplinar de preparação para o parto e maternidade, no que respeita à ansiedade materna e a resultados perinatais. De acordo com este estudo, observaram menores níveis de ansiedade estado, no grupo experimental, associados a maior número de parto vaginais e menor tempo de hospitalização da criança.

A adequação de intervenções não farmacológicas que visem a redução do nível de ansiedade nas mulheres tem vindo a ser discutida; contudo, e apesar da inexistência de conclusões que fundamentem de forma inequívoca a sua importância, assiste-se ao incentivo na sua implementação. A revisão da literatura realizada por Newham, Westwood, Aplin e Wittkowski (2012) revela que o nível de ansiedade, nas mulheres durante a gravidez, pode ser reduzido após a implementação de intervenções não farmacológicas.

No estudo de Zadoroznyj (2006) onde se pretendeu avaliar um programa de intervenção pós-natal no domicílio, os resultados mostraram que um programa de visitas domiciliárias no pós-parto, contribui para o bem-estar materno, o sucesso da vinculação e da transição para a maternidade.

Em suma, o desafio subjacente à intervenção junto das famílias, no que respeita à transição de parentalidade, constitui-se um objetivo a longo prazo, e que por apresentar contornos específicos reivindicam uma abordagem especializada (Wilkins, 2006).

A transição para a parentalidade encontra-se intimamente ligada ao AM, que se apresenta como um fenómeno biológico, cultural e psicossocial complexo e de abordagem multidisciplinar, moldado por múltiplos fatores internos e externos à mulher que acabam por contribuir para o seu carácter vulnerável, podendo desta forma potencializar o seu sucesso ou fracasso.

2. Aleitamento Materno: Uma Estratégia de Saúde Pública

Várias investigações de diversos autores têm-se debruçado sobre o estudo da dinâmica do processo do AM [e a amamentação] e têm-se constatado evidência na conquista de ganhos em saúde. Neste sentido e porque ambos os processos são importantes, consideramos o AM como um processo mais amplo onde incluímos o ato da amamentação, sendo que quando nos referimos ao AM estamos também a considerar a amamentação.

Falar de AM é falar de promoção e proteção da saúde das pessoas e da família inseridas numa sociedade, com os seus próprios valores, mitos, crenças e atitudes.

Nas últimas décadas, a complexidade associada ao processo de AM enquanto processo biológico, cultural e social tem sido alvo de muitos estudos que têm comprovado os benefícios do leite materno e os ganhos em saúde resultantes dessa prática.

Apesar do AM ser um ato determinado biologicamente, a sua concretização não é inata, sendo que é influenciado pela aprendizagem social e é histórico e culturalmente condicionado (Bosi & Machado, 2005).

O sucesso em AM pode ser entendido segundo dois prismas: a perspetiva dos profissionais de saúde, que fortemente veiculam a importância da sua duração e exclusividade; e a perspetiva das mulheres, para as quais se apresenta como uma construção social do papel de mãe e que lhe impõe outros objetivos, nomeadamente a satisfação em amamentar.

As preocupações com a prática de AM têm sido uma constante para as organizações com responsabilidades na saúde e sociais. A WHO e a United Nations Children's Fund (UNICEF) têm vindo a desenvolver múltiplos esforços e a vários níveis de intervenção no sentido da promoção e proteção do AM.

Porém, apesar deste investimento contínuo e de algumas melhorias evidentes nas últimas décadas, a realidade da prática do AM continua afastada das recomendações. O resgate desta prática e a atenção que lhe tem sido atribuída não é suficiente, facto que impele para uma necessidade emergente de nos voltarmos a questionar sobre as práticas assistenciais de cuidados de saúde e o papel da sociedade.

2.1 Aleitamento Materno: Conceitos, Recomendações e Políticas

O AM é uma condição de seres humanos mamíferos moldada pela evolução sociocultural e histórica, assumindo, desde sempre, um papel determinante na sobrevivência humana.

Mais do que uma escolha de estilo de vida, é uma importante decisão de saúde (Womenshealth, s.d.).

A WHO/UNICEF (2009a), o Ministério da Saúde e o Observatório do Aleitamento Materno (2013) recomendam o AM exclusivo até aos seis meses de vida; mantido após os seis meses e até, pelo menos, aos dois anos de idade como parte integrante da alimentação diversificada.

De acordo com a WHO/UNICEF (2009a), o AM na alimentação da criança pode ser dos seguintes tipos:

- AM exclusivo

A criança é alimentada unicamente com leite materno [incluindo leite extraído da mãe ou de amas de leite]; não se verificando a ingestão de outros líquidos ou sólidos, à exceção de gotas ou xaropes [fórmulas terapêuticas para a administração de vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos].

- AM predominante

A criança recebe leite materno [incluindo leite extraído da mãe ou de amas de leite], que se apresenta como fonte predominante da alimentação, e água ou bebidas à base de água, sumos de frutas, solução de sais de hidratação oral, gotas ou xaropes de vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos e fluidos rituais [em quantidades limitadas].

- Alimentação complementar

A criança alimenta-se com leite materno e outros alimentos líquidos [incluindo leite de origem não humano e leite artificial], alimentos semissólidos ou sólidos. Este tipo é relativo a crianças com 6 meses ou mais.

- AM

A criança recebe leite materno e qualquer outro alimento ou líquido, incluindo leite de origem não humano e leite artificial.

- Alimentação com biberão

A criança alimenta-se com qualquer líquido [incluindo leite materno, leite de origem não humano e leite artificial] ou alimentos semissólidos administrados por biberão. Permite

que a criança receba qualquer alimento ou líquido incluindo leite de origem não humano e leite artificial.

A prática de AM e a alimentação complementar estão bem difundidas a nível mundial, no entanto estima-se que apenas 34,8% dos lactentes sejam alimentados com base no AM exclusivo, e a grande maioria recebe outro tipo de alimento ou líquido (WHO, 2010a).

Embora a taxa de prevalência do AM tenha vindo a aumentar lentamente continuam a persistir vários obstáculos, que em particular afetam a prevalência de AM exclusivo, que continua aquém do recomendado.

O desmame precoce é uma realidade, e apesar do conhecimento aprofundado dos motivos que concorrem para a sua ocorrência, alguns autores continuam a apontar a importância de uma avaliação mais exaustiva sobre o AM na perspetiva das mulheres (Galvão, 2006; Graça, 2010; Pereira, 2006), na medida que o conhecimento detalhado do AM enquanto experiência de vida para as mulheres é fundamental para a concretização de recomendações com influência efetiva sobre o AM (Azeredo et al. 2008).

Em Portugal, a realidade assemelha-se à de outros países europeus, a incidência do AM é alta, significando que mais de 90% das mães iniciam o AM, contudo a sua duração afasta-se do preconizado (Levy & Bertolo, 2008, 2012) para o alcance de ganhos em saúde. De acordo com o Ministério da Saúde e o Observatório do Aleitamento Materno (2013), em 2012, os resultados mostram uma taxa de AM exclusivo na iniciação de 98,7%, reduzindo para 50,2% e 22,4% aos 91 e 180 dias de vida, respetivamente. Os resultados de Lopes e Marques (2004), Sandes et al. (2007) e Sarafana et al. (2006) não se afastam destes valores, sendo a taxa de AM à saída da maternidade de 97,5%, 91% e de 98,5%, respetivamente. Estas taxas caem a partir do primeiro mês, verificando-se a sua diminuição progressiva de 65,7%, 50% e 35,4%, aos dois, quatro e seis meses de vida da criança no estudo de Lopes e Marques (2004) e de 54,7% e 34,1% aos três e seis meses no de Sandes et al. (2007). Estudos mais recentes são similares, como é o caso de Silva (2013) que encontrou a taxa de AM à data da alta hospitalar de 79,5%, 63,6% e 36,4% aos três e seis meses respetivamente e de Brito, Alexandrino, Godinho e Santos (2011) revelando uma prevalência de AM exclusivo à data da alta hospitalar de 94,3% e 74% ao mês de idade.

No distrito de Viana do Castelo, a análise epidemiológica do AM é sobreponível à prevalência nacional. No estudo de Graça (2010) verificou-se uma taxa de AM aos seis meses de vida da criança de 37,1%, no estudo de Barge e Carvalho (2011) de 36% e no de Alves (2011) a taxa de AM aos três meses foi de 51,7%.

O declínio da incidência, mas sobretudo da prevalência da prática do AM incitou o persistente apelo da WHO e da UNICEF, que conscientes que o AM é uma das formas mais eficazes de melhorar a saúde das crianças e das mães, bem como das famílias e comunidade [trazendo benefícios para o sistema de saúde, sistema social, ambiente], na sua promoção e proteção.

Em 1990, a WHO anunciou explicitamente pela Declaração de *Innocenti*, uma política de incentivo [ao retorno] ao AM, através de medidas favorecedoras do AM, em detrimento da alimentação artificial, quer através da mudança dos procedimentos a nível hospitalar quer através das atitudes dos profissionais face ao AM, no sentido de reduzir as taxas de morbilidade e mortalidade infantil.

Neste contexto, implantou-se a premência na sensibilização e alerta das estruturas governamentais na implementação de políticas que amparem a educação e a formação dos profissionais de saúde, bem como a investigação sobre o AM, o que culminou na elaboração e publicação do documento - Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno. Este documento contempla as seguintes dez importantes medidas para o sucesso do AM a ser implementadas nos serviços de saúde, em particular nas unidades de saúde com compromisso de assistência da saúde materno-infantil:

- 1. Ter uma política de promoção do aleitamento materno, afixada, a transmitir regularmente a toda a equipa de cuidados de saúde.*
- 2. Dar formação à equipa de cuidados de saúde para que implemente esta política.*
- 3. Informar todas as grávidas sobre as vantagens e a prática do aleitamento materno.*
- 4. Ajudar as mães a iniciarem o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento.*
- 5. Mostrar às mães como amamentar e manter a lactação, mesmo que tenham de ser separadas dos seus filhos temporariamente.*
- 6. Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou líquido além do leite materno, a não ser que seja segundo indicação médica.*

7. *Praticar o alojamento conjunto: permitir que as mães e os bebés permaneçam juntos 24 horas por dia.*

8. *Dar de mamar sempre que o bebé queira.*

9. *Não dar tetinas ou chupetas às crianças amamentadas ao peito.*

10. *Encorajar a criação de grupos de apoio ao aleitamento materno, encaminhando as mães para estes, após a alta do hospital ou da maternidade.*

(Levy & Bértolo, 2008, p. 14)

Outros países também manifestaram investimento no sentido de facilitar o processo para sucesso do AM. Em 1990, no Brasil, foi publicado um documento orientador para a promoção, proteção e apoio ao AM – Dez Passos para o Sucesso da Amamentação – a ser implementado pelas unidades de saúde – Unidades de Saúde Básicas Amigas da Amamentação. Esta iniciativa esclarece e planeia o papel de suporte a assegurar pelas unidades básicas de saúde e pelos hospitais, no sentido da naturalização do AM como uma prática universal e contribuição efetiva na sua manutenção.

A estas medidas alinha-se a legislação em vigor, pela aplicação da qual se procura proteger a prática do AM face aos constrangimentos das entidades empregadoras, bem como através de políticas reguladoras da comercialização dos leites artificiais.

Em Portugal a prática do AM é contemplada na lei, nomeadamente na Lei 4/84 que protege a maternidade e paternidade, tendo sido alvo de sucessivas revisões, tendo a última sido promulgada pelo Decreto-lei 70/2000, de 4 de Maio onde é fixado um importante conjunto de direitos e deveres, visando fomentar o AM.

Em 2004, no âmbito da Conferência da União Europeia sobre a Promoção do AM na Europa, apresentou-se o documento intitulado Protecção, Promoção e Suporte ao Aleitamento Materno na Europa: Um Projecto em Acção.

Na versão mais recente deste documento, que remota a 2008, apresentam-se as orientações que fundamentam as ações a expor num plano nacional ou regional de saúde. Nesse documento apresentam-se ainda intervenções específicas e intervenções com comprovada de efetividade na concessão de

(...) uma melhoria generalizada nas práticas e taxas (iniciação, exclusividade e duração) de aleitamento materno a nível europeu; um maior número de pais confiantes,

habilitados e satisfeitos com a sua experiência no campo do aleitamento materno; e profissionais de saúde com melhores competências e maior satisfação no trabalho.

(Ministério da Saúde & Comissão Europeia para a Promoção do Aleitamento Materno, 2004, p. 11).

Nesta conformidade, a *Mama Mater* submeteu à Direção Geral da Saúde um projeto que visava a criação de um Observatório do AM. A Direção Geral da Saúde considerou o seu inequívoco interesse e aprova a fundação do Observatório do AM.

O Observatório do AM, criado em 2010 tem como objetivo observar e analisar de forma crítica, continuada e sistemática, a evolução do AM, em Portugal. O seu primeiro passo foi o registo do AM, de forma a determinar a prevalência da iniciação e da continuidade do AM e a avaliar as práticas alimentares dos lactentes e crianças pequenas (Ministério da Saúde e Observatório Aleitamento Materno, 2012). A partir de 2012 começaram a ser publicados relatórios sobre o AM em Portugal [com base nos dados colhidos através da plataforma do Registo do AM].

Apesar destas medidas, socialmente há ainda muito a melhorar e persistir, no sentido de favorecer e aumentar a duração do AM, pelo que, os esforços dos profissionais de saúde e das organizações nacionais e internacionais, aliados a uma forte vontade política, são indispensáveis para se alcançarem os objetivos preconizados pela WHO, os quais espelham uma forte proteção da saúde.

A preocupação com questões relacionadas com o AM tem sido evidenciada nas políticas de saúde, conforme se verifica pela publicação da circular normativa de 2/2006 da Administração Regional de Saúde do Norte pela qual se recomenda a integração de conteúdos teóricos e práticos relacionados com o AM nos cursos de preparação para o parto e parentalidade.

No distrito de Viana do Castelo, em particular, as preocupações com as taxas de AM tem emergido de forma evidente, instigando o desenvolvimento de projetos de melhoria dos cuidados de enfermagem na promoção do AM, como é exemplo o projeto Padrões de Qualidade no Contexto de Cuidados de Saúde Primários iniciado em Maio de 2008. Este projeto visou orientar os enfermeiros na prestação de cuidados de promoção da prática do AM e uniformizar as intervenções a desenvolver no âmbito do AM.

A criação da ULSAM exacerbou a necessidade dos enfermeiros especialistas em SMOG reivindicarem e assumirem as suas responsabilidades na promoção do AM. Assim, em 2010 realizou-se o I Encontro ULSAM: “Práticas Clínicas em Aleitamento Materno” com o

intuito de auscultar as práticas clínicas em AM e aferir procedimentos de promoção do AM. Deste encontro resultaram orientações para os vários níveis de prestação de cuidados – Cuidados de Saúde Primários e Cuidados de Saúde Hospitalares - que acabaram por culminar em 2013, com a acreditação do Hospital de Santa Luzia de Viana do Castelo como *Hospital Amigo dos Bebés*.

2.2 Ganhos em Saúde em Aleitamento Materno

O AM tem sido objeto de estudos em várias áreas científicas conduzindo ao aumento dos conhecimentos quanto às características, composição e vantagens do leite materno e da amamentação.

Atualmente, a evidência científica permite aferir que o leite materno é o alimento ideal para todas crianças, pois comporta benefícios tanto para a criança como para a mãe e a família ao longo do ciclo vital (Associação Espanhola de Pediatria, 2008).

De acordo com a WHO (2002, 2010a) e a Academia Americana de Pediatria (2012), o leite materno constitui-se a melhor opção para a criança com menos de seis meses de idade [idealmente oferecido de forma exclusiva], sendo que é garantido que assegura um crescimento, desenvolvimento e saúde ótimos. Depois dos seis meses, o leite materno, em complemento com uma alimentação diversificada, contribui para a continuação de um crescimento e desenvolvimento saudável da criança, para além de contribuir para a prevenção de diversas doenças na idade adulta.

O leite materno é constituído por proteínas, gordura, hidratos de carbono, minerais, vitaminas e água, conjugados de uma forma biológica e complexa. O leite materno colmata as necessidades nutricionais específicas da criança, ao longo do tempo, modificando-se de forma adaptativa em composição e volume.

O leite materno é ainda constituído por componentes solúveis, tais como imunoglobulinas, lisozimas, entre outras enzimas [com função anti-inflamatória]; lactoferrina, factor bifidus e outras substâncias imunoreguladoras; e componentes celulares, nomeadamente, macrófagos, linfócitos, neutrófilos e células epiteliais, com função anti-infeciosa (Associação Espanhola de Pediatria, 2008; Carvalho & Tamez, 2002; Ferreira, 2006).

Vários estudos comprovam os ganhos em saúde decorrentes do AM, nomeadamente, na prevenção de infeções gastrointestinais, respiratórias e urinárias, e ainda na proteção contra

alergias, nomeadamente as causadas pelas proteínas do leite de vaca (WHO 2002, 2010a; Ferreira, 2006). A longo prazo, o AM sustenta um importante impacto na prevenção da diabetes e de linfomas (Levy & Bértolo, 2012).

De acordo com a Academia Americana de Pediatria (2012) as crianças alimentadas com leite materno, apresentam curvas de crescimento e desenvolvimento sugestivos de inequívoco bem-estar, melhor desenvolvimento cognitivo e risco reduzido de doenças agudas e crónicas. A redução do risco de doenças agudas é sustentada por alguns estudos que concluíram a associação entre o AM e proteção contra infeções agudas - infeção respiratória, diarreia, otite média aguda, infeção urinária, sépsis, meningite bacteriana e botulismo - e a longo prazo, na prevenção de doenças crónicas - diabetes mellitus tipo 1, obesidade, doença de crohn, enterocolite necrosante, dermatite atópica, artrite reumatóide. Alguns estudos aludem ainda ao efeito protetor em relação à síndrome de morte súbita do latente, linfomas e doença alérgica.

Van Odjik et al. (2003) referem que o AM tem efeito protetor no desenvolvimento da doença atópica, parecendo ser maior nas crianças com história familiar de atopia.

Pela revisão sistemática da literatura, acerca dos benefícios a curto prazo do AM, levada a cabo por Horta e Victora (2013b) concluiu-se que o AM tem um maior efeito protetor no aparecimento da diarreia em lactentes com menos de seis meses, sendo que esse mesmo efeito protetor também é observado em crianças maiores. O efeito protetor do AM também é evidenciado pela redução do grau de severidade da doença reduzindo as hospitalizações e a mortalidade.

O efeito protetor do AM relativamente às infeções respiratórias não se modifica com a idade e também reduz o risco de hospitalização e mortalidade. No que respeita aos benefícios, a longo prazo, sobre a obesidade, a hipertensão arterial, a diabetes e o *score* de inteligência, a evidência científica sugere que os benefícios do AM são maiores na criança e no adolescente e menores no adulto, o que induz a que haja uma gradual diluição dos efeitos protetores do AM ao longo do tempo (Ibidem, 2013a).

Para além destes benefícios, o AM traduz-se ainda em ganhos no desenvolvimento adequado da musculatura e na parte óssea orofacial; facultando força e tónus mais aptos para desempenhar as funções de sucção, deglutição, respiração nasal, e mais tarde, de mastigação e fonação (Carvalho & Tamez, 2002; Galvão 2006).

Os ganhos em saúde para a mãe estão relacionados com a libertação de oxitocina, que resulta em melhor involução uterina, prevenindo a ocorrência de hemorragias e infecções pós-parto (Rea, 2004; Rodríguez & Schaefer, 1992).

O AM promove a remineralização óssea no período pós-parto e, a longo prazo, a redução da incidência de fraturas do colo do fémur no período pós-menopausa e menor risco de cancro do ovário e do cancro da mama no período pré-menopausa (Academia Americana de Pediatria, 2012; WHO, 2002).

Lana (2001) e Rodríguez, Martín & Muñoz (1998) referem que para algumas mães, a prática do AM, favorece a realização pessoal enquanto mulheres, pois aumenta a sua autoestima e confiança na satisfação das necessidades da criança, experienciando gratificação psicoafetiva com maior estabilidade emocional e afetiva.

Do AM derivam ganhos psicológicos ao nível da relação mãe-filho e no desenvolvimento psicomotor e afetivo da criança. As vantagens psicológicas do AM repercutem-se na díade mãe-filho, sendo que quando bem-sucedido é uma experiência muito gratificante (Levy, 1996). O AM permite à mãe, o prazer único de amamentar e fortalece os vínculos afetivos mãe-filho (Carvalho & Tamez, 2002; Lowdermilk et al. 2002), estabelecidos pelo contacto precoce e o estabelecimento de contacto visual durante a mamada. O AM apresenta uma componente social forte, é catalisador do bem-estar da família e facilita o processo de socialização da criança (Ministério da Saúde, 2009).

O AM propicia ganhos em saúde para a comunidade e para o país, pois permitem a redução dos custos com os cuidados de saúde e a redução da taxa de absentismo das mães que trabalham com menor probabilidade de doença na criança amamentada; e benefícios de ordem social e económica, na medida que representam um custo mais baixo para as famílias, uma vez que não é necessária a compra de leites artificiais (Academia Americana de Pediatria, 2012; Giugliani, 2000; Lowdermilk et al. 2002).

Rodríguez, Martín & Muñoz (1998) acrescentam ainda, como vantagens do AM, a diminuição de despesas em próteses odontológicas, redução de gastos com leites artificiais relacionados como gasto energético no seu fabrico e preparação para consumo. Neste contexto, será de reconhecer impacto do AM no ambiente, ao contrário do que acontece com os leites artificiais, cuja embalagem de consumo se associa à possibilidade de poluição.

O leite materno é o método mais barato e seguro de alimentação para as crianças, sendo um recurso renovável e natural de valor nutricional incalculável.

2.3 Sucesso em Aleitamento Materno

O AM é uma prática natural, nutricionalmente eficaz (Almeida, Fernandes & Araújo, 2004) e exclusiva da mulher (Pereira, 2006). É um processo singular que requer um complexo conjunto de condições que permitem a interação mãe/filho e o contexto familiar.

Apesar dos vários estudos incidirem na problemática do AM, a literatura não apresenta uma definição unânime sobre o conceito de sucesso no AM, até mesmo porque os critérios usados nas investigações dependem do ponto de vista do investigador e das variáveis analisadas em cada estudo (Ibidem, 2006).

O enfoque, na maioria dos estudos, é a dimensão mais objetiva e biológica do AM analisando-se aspectos como a duração e exclusividade (Bosi & Machado, 2005; Silva, 2000); ou os ganhos para a saúde da criança e a relação estabelecida na díade e família (Galvão, 2006; Pereira, 2006); ou a satisfação experienciada pela mulher (Buchala & Moraes, 2005; Carrascoza, Possobon, Costa-Júnior & Moraes, 2011; Graça, 2010; Kuschner, 2008; Nakano, Reis, Pereira & Gomes, 2007).

Para a WHO (2002), o sucesso do AM é definido de acordo com a sua duração e exclusividade, atendendo aos benefícios produzidos na saúde e bem-estar da criança e da mulher que amamenta. No entanto, a investigação tem vindo a demonstrar o impacto e a influência do AM na esfera emocional, relacional e social e familiar das mulheres (Galvão, 2006; Pinto, 2008). Em outros estudos, a tónica do sucesso do AM centraliza-se em fatores pré-natais e pós-natais (Pereira, 2006) e na associação com comorbilidades e desmame precoce (Giugliani, 2000; Ichisiato & Shimo, 2001; Nobre, Issler, Ramos & Grisi, 2010).

Para Silva (2001, p.8), “(,,,) o significado que a mulher atribui à sua experiência de amamentar é elemento nuclear no processo de decisão e na qualidade da experiência dessa prática vivenciada por ela.” - evidenciando-se a perspetiva individual e fortemente subjetiva do sucesso em AM.

A satisfação das mulheres com a experiência de AM não radica apenas na sua duração ou na ausência de problemas mamários, mas é condicionada pelo comportamento da criança e com as percepções e significados construídos pela mulher sobre o processo de AM (Cooke, Sheehan & Schmied, 2003). Ainda sobre o sucesso do AM, Marques e Pereira (2010) referem que é uma prática idealizada pelo universo feminino, mas possui diferentes representações para a mulher.

White (2002) estudou a relação entre a autoeficácia no AM, a gestão de intercorrências, a satisfação com o AM e a sua duração, e concluiu que a confiança no AM e a resolução de problemas são fatores que afetam o sucesso do AM. A autora cita o estudo de Leff, Jefferis, & Gagne onde se concluiu a existência de uma relação positiva entre *scores* da escala de avaliação materna do AM e a duração do AM. Nesse mesmo estudo observou-se que a satisfação e a realização do papel maternal foram os aspetos mais importantes identificados pelas mães como fatores com forte contributo para o sucesso do AM. Algumas mães relacionaram o sucesso no AM com sentimentos positivos, pelo facto de serem a única fonte de alimentação para a criança e de se sentirem mais confiantes como mulheres e com o seu novo papel. A mesma visão é partilhada por Nakano (1996, 2003), que refere o AM, na perspetiva das mães, como um qualificador do papel de mãe.

Na mesma linha de pensamento, Leff, Schriefer, Hagan & DeMarco [citados por Schlomer, Kemmerer & Twiss, 1999], referem que uma experiência de AM com sucesso potencializa a autoestima da mãe, a saúde da criança e a vinculação mãe-filho. No seu estudo apontam ainda para a importância da educação para a saúde à mulher na potencialização da satisfação materna e na gestão dos problemas mamários.

Na verdade, o AM não se pode circunscrever unicamente à díade mãe-filho, pois a importância do envolvimento e participação do pai/companheiro é fundamental para o seu sucesso (Arora, McJunkin, Weher & Kuhn, 2000; Ho & McGrath, 2011). A partilha destes momentos e cooperação no desenvolvimento de tarefas por parte do casal favorece o processo da parentalidade permitindo um crescente desenvolvimento da família enquanto unidade (Relvas & Lourenço, 2001).

O sucesso do AM é, portanto, determinado por vários fatores, pelo que a sua interpretação e avaliação não pode descurar as perceções das mulheres face à experiência.

No estudo de Carrascoza et al. (2011), caracterizou-se a experiência de AM pelo agrupamento de vivências ao nível da realização/satisfação da mulher, o apego, o crescimento/saúde da criança, o “medo do desmame” e a “paciência”. As mães referiram-se com maior frequência a situações relacionadas com a sua realização e satisfação pessoal. No estudo de Abuchaim e Silva (2006) o processo de AM para as mulheres baseou-se no significado concreto e simbólico do AM como um contributo para a saúde das crianças pela importância do leite materno e pela importância de ser a mãe a satisfazer as necessidades da criança.

Assim sendo, consideramos que o AM é uma prática exclusiva da mulher mas o seu sucesso está sujeito a múltiplas influências advindas do contexto familiar, social e cultural; algumas das quais modificáveis, logo portanto, passíveis de serem sujeitas a intervenção por profissionais de saúde.

Concordamos com Galvão (2006) que considera a *amamentação bem-sucedida* um processo interativo das necessidades físicas e psicológicas da mãe e da criança, que para além da sua duração e da ausência de problemas físicos, é uma opção de vida satisfatória e prazerosa das famílias.

Com base nesta reflexão, importa analisar os fatores que podem favorecer e comprometer o sucesso do AM.

A revisão da literatura remete-nos para fatores que se estendem desde o nível individual, pela relevância das características da mãe e da criança, o relacionamento familiar até ao nível social, onde se contempla as influências da sociedade e da assistência em saúde (Almeida & Gomes, 1998; Alves, 2011; Cooke, Sheehan & Schmied, 2007; Galvão, 2006; Graça 2010; Ho & McGrath, 2011; Junges et al. 2010; Pereira, 2006; Saffnaeur et al. 2013).

Assim, de seguida apresentaremos os determinantes do AM, categorizados em: a) determinantes relacionados com a mãe, criança e família e b) determinantes relacionados com a assistência em saúde.

a) Determinantes relacionados com a mãe, criança e família

Relativamente à mãe, vários são os fatores que contribuem para o sucesso do AM. Maior idade materna parece estar associada a maiores taxas de manutenção do AM (Barge & Carvalho, 2011; Sarafana et al. 2006) e a menor idade materna e menor nível de escolaridade concorrem negativamente para a manutenção do AM (Caldeira, Moreira & Pinto, 2007; Sarafana, et al. 2006; Rocha & Gomes, 1998).

A relação da paridade com o AM tem sido estudada e os resultados apontam para uma associação positiva com um maior número de filhos (Agboado, Michel, Jackson & Verma, 2010; Caldeira et al. 2007; Lopes & Marques, 2004; Thulier & Mercer, 2009) assim como a experiência anterior de AM parece influenciar positivamente o processo de AM (Kramer, et al. 2008; Lopes & Marques, 2004; Marques et al. 2010; Roig et al. 2010; Silva, 2013).

O regresso ao trabalho aparece associado negativamente à exclusividade do AM (Caldeira & Goulart, 2000; Dias et al. 2013; Sandes, et al. 2007; Scott, Binns, Oddy & Graham, 2006; Vieira, Almeida, Silva, Cabral & Netto, 2004).

Outros autores defendem que a percepção da experiência do AM como positiva e a motivação da mãe parecem ser fatores protetores da duração e satisfação com o processo de AM (Dias et al. 2013). A decisão de amamentar também se relaciona favoravelmente com o sucesso do AM (Donath, Amir & The APLSPAC, 2007; Dubois & Girard, 2003; Galvão, 2006), sendo que as orientações oferecidas durante a gravidez podem influenciar o desejo da mulher em amamentar (Teixeira et al. 2013).

No estudo de Hauck, Wa e Jones (2007), a percepção das mulheres sobre a sua capacidade para gerir e participar ativamente na tomada de decisão sobre AM explica a prevalência do AM aos quatro meses após o parto.

Alguns autores dão-nos conta de fatores psicológicos que podem influenciar negativamente o AM, tais como a ansiedade (Faleiros, Trezza & Carandina, 2006), medo da impossibilidade de lactação e qualidade do leite materno; a ansiedade traço (Clifford, Campbell, Speechley & Gorodzinsky, 2006), a falta de confiança e insegurança das mães (Levy, 1996; Lothrop, 2000; Martin & Valero, 1992).

Quanto à personalidade da mulher, num estudo de Ferreira, Nelas e Duarte (2011), a hostilidade apresenta-se como um fator preditivo de cessação precoce do AM, porém uma atitude materna favorável ao AM parece predizer uma maior duração (Scott et al. 2006). Para Wagner et al. (2006), as mulheres que amamentam diferem das que alimentam com leite artificial em alguns aspetos do domínio da personalidade, como a extroversão, abertura e afabilidade; sendo que as mulheres que amamentam apresentam *scores* mais elevados.

A personalidade da mulher tem a ver com a disposição para pensar, sentir e reagir de forma consistente face a novos eventos. Assim, o seu traço de personalidade afeta o seu comportamento face a questões relacionadas com a saúde. A autoeficácia, a crença nas suas próprias capacidades para gerir de forma eficaz as situações de desequilíbrio, um aspeto do traço de personalidade parece exercer uma influência determinante no processo e, consequentemente, no sucesso do AM (Ystrom, Niegel, Klepp & Vollrath 2008). No seu estudo comprovou-se que a afetividade negativa e a autoeficácia materna são preditores pré-natais do AM até aos seis meses de vida da criança.

Alguns aspetos do estado emocional e psicológico – autoconfiança, segurança e a autoestima – são fulcrais na gestão e sequente sucesso do AM (Dennis, 2006; Dunn et al. 2006).

No puerpério, a mãe confronta-se com o estabelecimento da lactação - situação nova – impulsionadora do aumento do nível de ansiedade, na medida em que coloca à prova a sua

capacidade para alimentar a criança – papel muito valorizado da dimensão do cuidar. Por outro lado, os sentimentos percebidos pela mãe durante o AM, concorrem tanto para mudanças de atitude face ao AM, como para a manutenção da sua continuidade (Silva, 2000). A este propósito, e de acordo com a revisão da literatura levada a cabo por Marques, Cotta e Priore (2011), os mitos e crenças são possíveis causas do desmame precoce.

O estudo de O'Brien, Buikstra e Hegney (2008) revelou que variáveis psicológicas das mulheres podem ser mais significativas na duração do AM do que as variáveis sociodemográficas. A duração do AM foi associada à disposição otimista, autoeficácia do AM, confiança no leite materno, expectativas de AM, ansiedade, duração prevista do AM e momento da decisão de alimentação infantil. Também Ho e McGrath (2011) sugerem que a atitude da mãe face ao AM seja um melhor preditor da manutenção do AM do que os fatores de ordem sociodemográfica.

Ainda no que concerne à autoeficácia no AM, pelo estudo de Wu, Hu, McCoy & Efird (2014) onde se pretendia avaliar os efeitos de uma intervenção dirigida a primíparas baseada na teoria de autoeficácia, concluiu-se que no grupo experimental houve um impacto significativo sobre a autoeficácia do AM tendo-se obtidos melhores resultados na duração e exclusividade a curto prazo.

Blyt, Creedy, Dennis, Moyle Pratt & De Vries (2002) vem corroborar estes resultados sendo a autoeficácia um preditor significativo da duração do AM. Estes investigadores recomendam a integração de estratégias de reforço da autoeficácia na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados por profissionais, de forma a aumentar a confiança da mãe na capacidade de amamentar, a instigar a capacidade de resolução de dificuldades e a promover a manutenção do AM.

No estudo de Galvão (2006), a autoestima materna relacionou-se com a percepção da satisfação com a experiência de AM, com o comportamento alimentar da criança e com o apoio da família. A incidência de dificuldades e complicações mamárias associaram-se a menor nível de satisfação com o AM.

A insegurança materna face ao choro da criança contribui para o desmame precoce (Ramos & Almeida, 2003). Outro aspeto que parece promover o sucesso em AM prende-se com a formulação de objetivos para com o AM por parte da mulher (Galvão, 2006; Sheehan, Schmied & Barclay, 2013).

A introdução de leite artificial e a percepção da qualidade e quantidade do leite materno produzido contribui para o desmame precoce (Dias et al. 2013; Maia, 2007; Marques et al. 2011).

As intercorrências com a mama e as questões relativas à técnica de amamentação parecem determinantes no sucesso do AM (Giugliani, 2004; Oliveira, et al. 2006; Pereira, 2006; Ramos & Almeida, 2003; Scott et al. 2006; WHO & UNICEF, 1993). O ingurgitamento mamário, mastite, mamilos dolorosos, mamilos gretados, mamilos planos ou invertidos, bloqueio dos ductos mamários, reduzida produção de leite e pega incorreta da mama são causas frequentes do desmame precoce (Araújo et al. 2008; Castro et al. 2009; Giugliani, 2000; Parizotto & Zorzi, 2008; Pereira, 2006; Sandes et al. 2007). A este respeito, Teixeira et al. (2013) referem que a falta de conhecimento atempado das mulheres face aos possíveis problemas mamários e respetivas estratégias de resolução pode também motivar o desmame precoce.

No que respeita à criança, a patologia neonatal (Parizotto & Zorzi, 2008) parece influenciar negativamente o processo de AM, assim como a introdução da chupeta no primeiro mês de vida e a introdução suplementar de leite artificial (Roig et al. 2010; Vieira et al. 2004), na medida em que a movimentação muscular é diferente, o que acaba por interferir no processo de uma correta pega na mama (Gomes, Trezza, Murade & Padovani, 2006; Nyqvist & Ewald, 2006).

O maior peso à nascença parece ser um fator protetor do AM (Caldeira & Goulart, 2000). A recusa da criança em mamar e a inadequada evolução ponderal constituem-se como fatores predisponentes à cessação precoce do AM (Pereira, 2006). O baixo peso associado a prematuridade e a morbilidade neonatal parece condicionar negativamente o sucesso do AM (Vieira et al. 2004).

Alguns estudos sugerem uma ligação positiva entre o sucesso do AM e um melhor nível económico (Caldeira & Goulart, 2000; Thulier & Mercer, 2009) e a existência de apoio da familiar, nomeadamente do pai da criança (Arora et al. 2000; Ho & McGrath, 2011; Scott et al. 2006). Chang & Chan [citados por Pereira, 2006] referem que o pai e as avós devem ser incluídos nas atividades e nas discussões relativas ao AM; sendo que, para Earle (2002), pais e familiares informados tornam-se mais confiantes e colaboradores na dinâmica do AM.

Em vários estudos, a importância da família e as referências sociais apresentam-se como um dos apoios sociais mais evidenciados, no discurso das mulheres, de contributo favorável no sucesso em AM (Fujimori, Nakamura, Gomes, Jesus & Rezende, 2010; Nakano

et al. 2007; Sarafana et al. 2006). Para Giugliani (1994), as famílias transmitem as suas heranças de aprendizagem sobre o AM, de geração em geração – premissa que atribui ao processo de AM um carácter cultural e familiar. Assim, mulheres com herança familiar de AM reconhecem mais facilmente o AM como uma prática natural, atribuindo à herança familiar um carácter influenciador positivo na sua manutenção.

b) Determinantes relacionados com a assistência em saúde

O sucesso do AM depende das medidas tomadas, assumidas e desenvolvidas, para a sua promoção e depende não apenas da aquisição de conhecimentos e técnicas, mas também das atitudes dos profissionais de saúde face ao AM (Pereira, 2006, Souza-Filho, Neto & Carvalho-Martins, 2011).

Os estudos dividem-se quanto à análise da influência das práticas dos profissionais de saúde e da própria sociedade no sucesso do AM. Carvalho e Tamez (2002) e Ramos e Almeida (2003) identificaram como principais obstáculos ao AM exclusivo, a falta de conhecimentos da população em geral, dos profissionais de saúde e das entidades governamentais. Os mesmos autores identificaram ainda como aspetos prejudiciais face à iniciação/manutenção/sucesso do AM: a conduta inapropriada e a falta de habilidades dos profissionais de saúde em relação ao AM, práticas e crenças influenciadas pela cultura, falta de suporte [e orientação] de grupos de apoio da comunidade e restrições implicadas pelas condições laborais.

A este propósito, na quinquagésima quarta e na sexagésima terceira Assembleia Mundial de Saúde, a WHO (2001, 2010b) realçou a necessidade do incentivo ao AM, perspetivando-se o desenvolvimento de estratégias que fomentem essa cultura. Em 2001, referindo-se a estratégias tais como a: preparação teórica e prática de profissionais de saúde na área da promoção do AM e acreditação de unidades de saúde promotoras do AM – *Hospitais Amigos dos Bebés*. Em 2010, com a reconfiguração evolutiva das unidades de saúde em *Hospitais Amigos dos Bebés*, evidenciou-se o incentivo à ampliação de intervenções para melhorar a saúde da criança de forma integrada; aclamando-se estratégias de proteção, incentivo e apoio ao AM; bem como de impulsão à divulgação da introdução de uma alimentação complementar oportuna, segura e apropriada.

Também Ekström, Matthiesen, Widström & Nissen (2005) destacaram, a partir do seu estudo, a necessidade de formação dos profissionais, no sentido de reduzir as atitudes desfavoráveis à iniciação/manutenção/sucesso do AM.

No estudo de Schimoda e Silva (2010) onde se pretendeu identificar as necessidades das mulheres durante o período de AM, os discursos das mulheres apontaram a necessidade de ter boas condições de vida, nas quais incluem a necessidade de saúde mental; a necessidade de poder aceder a serviços de saúde para melhorar a qualidade de saúde, para lidar com os problemas na mama; a necessidade de vinculação com um profissional/serviço de saúde e a necessidade de cuidarem delas próprias e sentirem-se seguras e autónomas nas suas decisões.

Outros autores reportam-se à importância da intervenção dos profissionais de saúde no sucesso do AM, e até mesmo definem sobre momentos específicos para a sua intervenção sendo reveladores da influência positiva das suas práticas para as crianças, mulheres e famílias (Levy & Bértolo, 2008; 2012).

As intervenções de educação para a saúde apresentam-se como estratégia fundamental para o sucesso do AM. A frequência durante o período pré natal, de sessões de educação para a saúde em grupo, que visem o desenvolvimento de habilidades e estimulem a autoconfiança da mulher parecem contribuir para o sucesso do AM (Santos, Soler & Azoubel, 2005; Sarafana et al. 2006). As sessões de promoção da saúde em grupo são momentos privilegiados para o conhecimento das dificuldades, tabus, mitos e falsas concepções e preconceitos e, conseqüentemente, são uma oportunidade ótima de esclarecimento de dúvidas; desmistificação de medos, preconceitos e desconstrução de dificuldades (Barreira & Machado, 2004; Pereira, 2006). O sucesso do AM associa-se à implementação de forma efetiva de programas de educação para a saúde durante o período da gravidez, do puerpério, e mesmo até ao primeiro ano de vida da criança (Chung, Raman, Trikalinos, Lau & Ip, 2008).

O impacto no sucesso do AM é maior quando os programas de educação para a saúde que contemplam o aconselhamento, a orientação prática e apoio ao longo de todo o processo, se desenvolvem em sessões de grupo, e em combinação com visita domiciliária pré-natal e pós-parto e consultas individuais/casal e/ou família (Oliveira, 2005). Tal como verificado por Graça, Figueiredo e Carreira (2011), a conjugação de estratégias de intervenção – consulta individual, curso de preparação para o parto e parentalidade e visita domiciliária e contextos de intervenção – Centro de Saúde e domicílio, tiveram impacto positivo na duração do AM. No estudo de Haroon, Das, Salam, Imdad e Bhutta (2013) obtiveram-se resultados semelhantes aos encontrados por Guise et al. (2003), sendo que ambos comprovaram a existência de uma associação positiva entre as intervenções de apoio na resolução de problemas durante a lactação e treino de competências no período de lactação e a iniciação e

duração do AM, quer através de visitas domiciliárias e contacto telefónico. A este respeito importa nortear o paradigma da promoção do AM numa dimensão que assume uma metodologia própria, na medida que a mulher necessita de assistência, apoio e encorajamento, condições essenciais para que se sinta confiante no desempenho do seu novo papel social – ser mulher-mãe-nutriz.

Numa revisão sistemática da literatura sobre as intervenções dos profissionais de saúde em AM, realizada por Hannula, Kaunonen e Tarka (2008), constatou-se que o aconselhamento pré-natal e as medidas de apoio pós-natal contribuem para a iniciação do AM.

As práticas hospitalares promotoras do AM assumidas pelos *Hospitais Amigos dos Bebés*, assim como as visitas domiciliárias e o apoio de mães em sessões de grupo traduzem mais ganhos em saúde associados ao sucesso AM do que intervenções restritas, que se desenvolvem em curtos períodos. Da mesma forma no estudo experimental de Corriveau, Drake, Kellams e Rovnyak (2013) com o objetivo de avaliar um protocolo de intervenção pré-natal e pós-natal em Cuidados de Saúde Primários baseado na Iniciativa *Hospital Amigo dos Bebés*, a taxa de AM exclusivo no grupo experimental foi superior à taxa no grupo controlo.

Importa assim, objetivar o AM como um processo de socialização, sendo fundamental a sua promoção ao longo do ciclo vital, constituindo-se alguns períodos, momentos fulcrais de excelência, o que impõe a necessidade de intervenção, nomeadamente ao nível da educação para a saúde e da motivação, complementadas com uma assistência efetiva e adequada, que permita a deteção, orientação e capacitação da mulher na gestão dos problemas/dificuldades mais comuns.

Conscientes de que o AM é um processo complexo intrínseco à vivência da mulher e família e que contribui favoravelmente para a saúde das crianças, neste estudo o sucesso do AM é triangulado em torno de três aspetos: a duração de acordo com as recomendações da WHO/UNICEF (2009a), a experiência de satisfação da mulher com o AM e a gestão de intercorrências mamárias.

2.4 Promoção, Apoio e Suporte ao Aleitamento Materno

A promoção do AM constitui-se um dos aspetos básicos da promoção da saúde materno-infantil, sendo reconhecida como essencial para a saúde da mulher e da criança, e a sua eficácia comprovada por diversos estudos.

Para que o AM seja um sucesso é imprescindível atuar nos diferentes eixos que o sustentam: mulher/casal/família, sistema de saúde, políticas de saúde pública, cultura e políticas sociais (Ministério da Saúde & Comissão Europeia para a Promoção do Aleitamento Materno na Europa, 2004).

Para o êxito da iniciação e a manutenção do AM, as mães necessitam de um apoio ativo durante a gravidez e após o parto, não apenas por parte da família e comunidade, mas também por todo o sistema de saúde (Souza-Filho et al. 2011; WHO, 1989; WHO & UNICEF, 2003).

A preparação para o AM deve ser iniciada durante a gravidez, estimulada no momento do parto e durante o puerpério (Associação Espanhola de Pediatria, 2004; Lowdermilk et al. 2002; Pinto, 2008; Souza-Filho, et al. 2011).

Pereira (2006) refere ainda que, segundo a WHO, os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, têm um papel fundamental na promoção, proteção e apoio ao AM, e que devem intervir no período pré-natal, peri-natal, pós-natal e enquanto durar o AM.

Levy e Bértolo (2008, 2012) apresentam três pontos de viragem cruciais no AM – entendidos como oportunidades preferenciais para uma intervenção efetiva em saúde. O primeiro ponto de viragem é a decisão de amamentar, altura em que a mulher/casal devem ser orientados e motivados quanto à prática e técnica do AM, nomeadamente sobre o prazer que uma mãe esclarecida e apoiada pode encontrar no AM, colocando a tónica no direito e prazer de amamentar. Este ponto de viragem corresponde ao terceiro trimestre de gestação, constituindo uma oportunidade privilegiada para a entrevista com a grávida/família acerca da futura alimentação da criança.

O segundo ponto de viragem respeita ao estabelecimento da lactação, sendo que se apresentam como decisivas para o sucesso do AM, as práticas hospitalares ligadas ao parto e pós-parto. Neste âmbito, a implementação da iniciativa *Hospital Amigo dos Bebés* constitui-se uma estratégia crucial na medida em que esta política apoia a iniciação do AM numa fase crítica do pós-parto.

O terceiro ponto de viragem corresponde ao período após a alta da maternidade, sendo que acarretam maior importância, os primeiros quinze dias de vida da criança, pois correspondem ao período em que se estabelece a lactação e em que a visita domiciliária por profissionais de saúde, em particular dos enfermeiros especialistas em SMOG, pode assumir um papel relevante na manutenção e posterior sucesso do AM.

Estas janelas de oportunidade devem ser sustentadas em práticas clínicas de excelência dos profissionais que assistem as mulheres, crianças e famílias. Na perspectiva da enfermagem especializada em SMOG importa reacender a importância do seu privilegiado papel de agente para a mudança e rever alguns princípios e recomendações que permeiam a sua intervenção no contexto da manutenção e sucesso do AM.

2.5 Intervenção do Enfermeiro Especialista em SMOG na Promoção do Aleitamento Materno

Segundo a UNICEF (2006), os profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros, têm um papel importante na promoção, proteção e apoio adequado ao AM. No entanto os esforços nesse sentido e as condições implementadas de forma efetiva são ainda insuficientes, existindo a necessidade de se investir num ambiente promotor do AM.

A Ordem dos Enfermeiros (2007) confirmou esta condição, referindo que os enfermeiros especialistas em SMOG são os profissionais melhor habilitados para ensinar, orientar e apoiar a mãe e a sua família no AM exclusivo; além de que enfatiza a necessidade inquestionável da abordagem do AM nas suas recomendações para a preparação para o nascimento.

Assim, cabe ao enfermeiro especialista em SMOG estabelecer um programa de preparação para a parentalidade dos futuros pais, visando a sua nova função, assegurar a sua conceção e implementação, no sentido de uma melhor preparação para o parto e para a parentalidade com responsabilidade; através da elaboração de um plano individual de cuidados para a grávida/casal inserido num contexto familiar e comunitário próprio. De entre os assuntos a abordar de forma efetiva é impreterivelmente o AM (Ibidem, 2007, 2012).

Fundamentalmente, hoje em dia, pretende-se que hajam pais, cada vez mais, habilitados de competências parentais, motivados, confiantes e satisfeitos com a sua experiência de AM; e mais crianças com AM, de acordo com as recomendações e políticas da WHO.

Pela perspectiva do Royal College of Midwives [citado por Pereira (2006)] demonstrou-se que proporcionar às mulheres informação consistente e ilustrada sobre o processo de AM incita ao aumento ou reforço dos seus conhecimentos sobre o tema.

A promoção do AM implica o esclarecimento da mulher/casal/família sobre as suas vantagens e apoio na resolução de eventuais dificuldades, estimulação da sua autoconfiança e segurança (Marques et al. 2011).

A este propósito importa aludir ao estudo de Sheehan, Schmied e Barclay (2009) onde se pretendeu conhecer as expetativas e experiências das mulheres no que respeita ao apoio profissional quanto à alimentação infantil nas seis semanas após o parto. Neste estudo emanaram três categorias: as expetativas do apoio, as experiências e avaliação do apoio. Os resultados ajudaram a compreender que os comportamentos de apoio ao AM são complexos e que a educação para a saúde e o conhecimento sobre o AM não é suficiente, sendo fundamental a sensibilidade para a identificação de necessidades individuais e circunstanciais, pois aumenta a confiança das mulheres para amamentar. As mulheres do estudo revelaram que um apoio positivo por parte das enfermeiras especialistas em SMOG triangula-se por mostrar-se disponível, estar comprometida na relação terapêutica e demonstração prática de resolução de dificuldades com o AM. Opostamente a estes comportamentos, a inconsistência de apoio, a utilização de linguagem diretiva e a inflexibilidade face às decisões das mulheres, foram comportamentos de apoio desfavoráveis ao processo de AM. O estudo alerta para a importância da construção de uma relação de confiança com as mulheres.

Assim, o enfermeiro especialista em SMOG na relação que estabelece com a mulher/casal/família deve procurar estabelecer mecanismos de interação que revelem as reais necessidades e os seus significados, deve facilitar o reconhecimento dos recursos de forma a satisfazer as suas necessidades e a promover a continuidade do AM. Abster-se de juízos de valor, respeitar as crenças e desejos, independentemente da decisão informada e livre da mulher/família (Ministério da Saúde, 2009).

A capacitação dos profissionais de saúde é fundamental, pelo que para além de sustentarem a sua intervenção em princípios humanistas e desenvolvimentistas, devem estar tecnicamente preparados para a motivação, esclarecimento e apoio no processo de lactação. A intervenção dos profissionais de saúde na promoção e apoio ao AM não será bem-sucedida se não desfrutarem um olhar atento, abrangente, alicerçado na valorização dos aspetos emocionais e da cultura familiar, bem como no reconhecimento da importância da rede social de apoio à mulher, entre outros aspetos, que podem exaltar o lugar privilegiado e o papel de destaque destes profissionais na promoção do AM. A mulher deve ser reconhecida como protagonista no processo de amamentar, valorizando as suas conceções e intenções, através de escuta atenta e reflexiva no sentido do seu empoderamento (Ibidem), como estratégia

imprescindível para o sucesso da sua aprendizagem e adaptação ao processo de AM (Carvalho, Bica & Souto de Moura, 2007).

A assistência de enfermagem a mulheres primíparas merece especial atenção, na medida que a inexperiência na vivência desta fase do ciclo de vida – passando pela gravidez, parto e pós-parto – caracteriza-se por um leque de emoções positivas e de ansiedade, insegurança, e, por vezes medo, mediadas por fatores externos à mulher e que assumem influência efetiva no processo do AM (Mercer & Walker, 2006; Teixeira, et al. 2013; Almeida et al. 2010). Muitas vezes, as primíparas não têm falta de conhecimentos, no entanto, algumas precisam de apoio, estímulo e confiança para amamentarem. A insegurança perante um novo desafio pode acompanhar-se de sentimentos ambivalentes que associam poder, feminilidade e medo (Almeida et al. 2010). A mesma opinião é partilhada por Teixeira et al. (2013), para os quais o desenvolvimento do papel parental, em primíparas, pode ser um exercício difícil e por vezes conflitivo. Na tentativa de encontrar a maturidade no papel parental, a mãe experiencia diversos sentimentos, tais como a insegurança, a falta de habilidades e as preocupações com o AM, pelo que a inclusão de elementos de referência neste processo são de eminente importância. A inclusão dos aspetos socioculturais e familiares é crucial, na medida que o processo de AM é fortemente influenciado pelas experiências dos seus antecessores (Almeida et al. 2010).

A intervenção do enfermeiro envolve não apenas a promoção da importância do AM, mas também a efetivação do aconselhamento e apoio ao AM, sendo relevante o acompanhamento ininterrupto da mãe e do casal, ao longo do processo.

A intervenção do enfermeiro deve caracterizar-se pelo aconselhamento, reforço na tomada de decisão e na gestão de dificuldades associadas ao processo de AM, de modo a que a mulher consiga concretizar os seus objetivos, favorecendo a diminuição da ansiedade, (Oliveira, Camacho & Souza, 2005) e a compreensão das atitudes perante a gravidez e AM (Sandes et al. 2007).

A revisão da literatura de Oliveira, Camacho e Tedstone (2001) e a de Albernaz e Victora (2003) evidenciam os contributos positivos do aconselhamento face a face com a mãe, evidenciando-se a associação entre o maior número de contactos e a maior duração do AM.

Segundo Giugliani e Lamounier (2004) e Moreira e Fabbro (2005), para promover o AM com eficácia, além dos conhecimentos em AM e da competência técnica, são necessárias habilidades comunicacionais e relacionais. Sendo assim, para além de esclarecer a

mulher/casal e família sobre as vantagens do AM, é fundamental apoiar na resolução de eventuais dificuldades.

O enfermeiro deve ser capaz de orientar a mulher/casal e família no cuidado e alimentação da criança, e avaliar as potenciais ou reais dificuldades, não descurando a valorização da autoestima da mulher.

De acordo com a WHO/UNICEF (1993), o curso de aconselhamento em AM representa uma das mais importantes iniciativas de promoção da qualificação dos profissionais de saúde que prestam assistência à mulher/casal e família na promoção e apoio do AM. Estes cursos devem instigar o desenvolvimento de habilidades que facilitam a interação mãe/casal/família/profissionais de saúde.

É uma forma de atuação do enfermeiro com a mulher/família onde ele a escuta e procura compreendê-la e onde, oferece ajuda para que a mulher/família planeiem e tomem decisões e se fortaleçam para lidar com as pressões, aumentando dessa forma a sua autoconfiança e autoestima (Ibidem).

Em contexto dos Cuidados de Saúde Primários, a promoção, apoio e suporte do AM desenvolve-se em dois períodos: período pré-natal e período pós-parto.

No período pré-natal através da consulta de vigilância pré-natal e programas de preparação para o parto/nascimento e parentalidade, onde impera a educação para a saúde sobre a importância/benefícios do AM para a mãe e para a criança; a identificação e desconstrução de mitos e crenças, a técnica de AM, a psicofisiologia da lactação, os riscos do uso de chupetas ou tetinas no sucesso do AM e potenciais dificuldades associados ao AM (Levy & Bértolo, 2008). No período pós-parto, em contexto domiciliário e/ou na unidade de saúde, através de um programa assistência aos pais e à criança em idades-chave, que promovam o exercício da parentalidade em pleno e a promoção de comportamentos de saúde, nomeadamente no que concerne aos aspetos da alimentação (Machado et al. 2011; Ministério da Saúde, 2013).

A importância da abordagem do processo do AM, durante o período pré-natal, está descrita na literatura, como sendo um facto importante para a decisão da mulher sobre a iniciação e duração do AM (Guise et al. 2003; Oliveira et al. 2005; Pinto, 2008). Algumas intercorrências mamárias podem surgir, inicialmente, por falta de conhecimentos da mãe, que concorrem para uma técnica incorreta de AM. Assim, a informação oferecida às mulheres não se deve restringir aos conhecimentos, mas também integrar a demonstração da técnica de AM (Giugliani, 2000, 2004; Souza, Barnabé, Oliveira & Ferraz, 2009; Zorzi & Bonilha, 2006).

Algumas práticas hospitalares, no período pós-parto, podem condicionar negativamente o AM; sendo que apesar de uma assistência pré-natal eficaz, é imprescindível um acompanhamento adequado da mulher após o parto (Albuquerque & Osório, 2010).

Pelo estudo de Silva, Silva, Leal e Javorsky (2011) recomenda-se a uniformização das orientações recebidas durante a vigilância pré-natal e durante o período de alojamento conjunto no hospital, relativamente aos benefícios, importância do AM e técnicas e posição de pega. Neste estudo, ressalta-se também a relevância do apoio profissional dos enfermeiros, a intervir ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, que nos primeiros dias após a alta hospitalar, recebem a mulher, num contexto privilegiado de maior proximidade, podendo salvaguardar a continuidade de um apoio adequado, através do esclarecimento de dúvidas, avaliação da mamada e apoio na gestão de pequenas dificuldades.

Concordamos e advogamos que a intervenção de enfermagem deve ser iniciada durante o período pré-natal, no entanto, e porque nos remetemos, especialmente, para o terceiro ponto crítico, consideramos necessário sistematizar a intervenção de enfermagem no período pós-parto.

No período após a alta hospitalar, os profissionais de saúde devem encontrar-se preparados para o acompanhamento do AM, bem como do crescimento e desenvolvimento da criança, tanto por recurso a consultas individuais como através de visitas domiciliárias (Associação Espanhola de Pediatria, 2004; Ministério da Saúde, 2009).

No regresso a casa, a mulher, tem de se adaptar às mudanças que ocorrem ao nível físico, psicológico, familiar e social, que podem afetar o seu equilíbrio emocional e psicológico, e que por tal se determina como um dos períodos em que mais problemas surgem, e que podem assumir uma significativa influência no sucesso do AM. Este é ainda um período em que a mãe e a criança se estão a conhecer, adaptar e aumentar o vínculo afetivo.

Atualmente, com a precocidade da alta hospitalar decorrente do parto, a mulher confronta-se com a necessidade de se adaptar ao novo papel, pelo que ainda numa fase inicial do processo de AM podem emergir dificuldades, quer na interpretação das necessidades da criança como no processo de lactação. Uma das causas de cessação precoce do AM prende-se com o aparecimento de problemas na mama nas primeiras semanas após o parto, sendo mais frequentes, em primíparas (Mcqueen, Dennis, Stremmler & Norman, 2011). O ingurgitamento mamário, bloqueio dos ductos mamários, mamilos dolorosos e fissurados e a mastite são os problemas mais frequentes e de aparecimento nos primeiros quinze dias de vida da criança,

altura em que o processo de lactação e a adaptação à criança é caracterizado por vulnerabilidade (Associação Espanhola de Pediatria, 2004; Carvalho & Tamez, 2002; Castro et al. 2009; Levy & Bertolo, 2008, 2012; Ministério da Saúde, 2009).

A referenciação hospitalar de situações de risco do sucesso do AM é fundamental. De entre as situações de risco destacam-se: experiência anterior negativa em AM, mamilos invertidos ou fissuras na mama, ingurgitamento mamário exacerbado, ausência ou dificuldade da descida do leite, primiparidade, criança de baixo peso ou leve para a idade gestacional, criança com dificuldades na pega da mama, criança pouca interessada ou muito ansiosa, ou com uma perda de peso igual ou superior a 10%. As citadas situações devem ser referenciadas para os profissionais dos Cuidados de Saúde Primários, de forma a alertar e assegurar o acompanhamento e avaliação do processo de AM nas 24 a 48 horas após a alta hospitalar (Associação Espanhola de Pediatria, 2004). Um programa de acompanhamento precoce em contexto domiciliário apresenta-se como uma determinante estratégia para o êxito das intervenções no âmbito da promoção do AM, bem como a orientação das mulheres a participação em grupos de apoio na comunidade (Ibidem).

Atualmente, sabe-se que não basta a mulher ter conhecimentos sobre AM e ter decidido amamentar para se assegurar a iniciação e continuidade da prática do AM (Castro et al. 2009; Carvalho et al. 2007). Assim, é necessário que a mulher seja, continuamente, apoiada, estimulada e capacitada para lidar com as primeiras dificuldades, pois, habitualmente, são situações contornáveis, pelo que não comprometem necessariamente o sucesso do AM (Carvalho & Tamez, 2002). Guigliani (2004) e Parada, Carvalhães, Winckler, Winckler & Winckler (2005) referem-nos que é possível intervir efetivamente na gestão das referidas intercorrências mais comuns. Os enfermeiros exercem um papel preponderante na capacitação da mulher para a prevenção de problemas relacionados com o AM, assim como na resolução dos mesmos (Souza-Filho et al. 2011).

As dificuldades mais frequentes no processo de iniciação do AM prendem-se com surgimento do ingurgitamento mamário, do bloqueio dos ductos, da mastite e dos mamilos dolorosos e fissurados.

A prevenção destas intercorrências iniciais obtém-se através de um ótimo esvaziamento da mama, uma técnica eficaz de AM e a prática do horário livre (Carvalho & Tamez, 2002; Levy & Bertolo, 2008, 2012). Pelo que a assistência do enfermeiro especialista em SMOG no período pós-parto deve integrar a identificação de problemas da mama e na técnica da amamentação e, assim como avaliar o comportamento da criança durante a

mamada, nunca descurando o suporte emocional (Guigliani, 2004). O conhecimento atempado da possibilidade de ocorrência destas situações é fundamental, na medida em que a mulher com conhecimentos adquiridos, permite-lhe identificar e corrigir dificuldades com maior segurança e rapidez. Porém, a ajuda na prática do AM apoia a mulher e reforça o desenvolvimento de habilidades e a autoconfiança para amamentar.

As mais frequentes dificuldades tardias relativas ao processo de AM são a hipogalactia, o choro da criança e o regresso ao trabalho (Levy & Bertolo, 2008, 2012). A hipogalactia é uma das causas mais frequentes para a introdução precoce de suplementação alimentar com leite artificial e, consequentemente, contribui para a cessação progressiva do AM (Associação Espanhola de Pediatria, 2004; Carvalho & Tamez, 2002; Ministério da Saúde, 2009). A hipogalactia, encontra-se frequentemente associada à insegurança e falta de autoconfiança da mulher no seu leite, que interpreta erradamente o comportamento da criança, nomeadamente, o choro e as mamadas frequentes, associando-os a sinais de fome (Ibidem). O tratamento da hipogalactia pressupõe o aconselhamento da mulher sobre a importância do horário livre da mamada e o esvaziamento adequado da mama, a extração de leite nas alturas em que a mãe não está com a criança e o suporte psicológico (Carvalho & Tamez, 2002, Levy & Bertolo, 2008, 2012). Neste contexto, podemos referir que o recurso a galatogogos é ainda discutível. O incentivo para o aumento dos períodos de repouso e de relaxamento é fundamental no sentido que estimula a produção de prolactina e eleva o nível de ocitocina.

Em qualquer das situações apresentadas, e paralelamente ao aconselhamento, é importante garantir o apoio emocional e o incentivo à aquisição de competências e de autoconfiança da mulher para o AM. A par disto, para o correto diagnóstico da situação e estabelecimento de um plano de cuidados adequado e direcionado, é fundamental o diagnóstico de outros fatores que estejam a interferir no processo de AM e o fortalecimento da perceção de autoeficácia e autoconfiança.

A observação da mamada por profissionais de saúde com competências assumidas na promoção e proteção do AM é uma estratégia fundamental para a identificação de dificuldades (WHO & UNICEF, 1993), bem como para introduzir modificações na técnica, ao mesmo tempo que é um momento ótimo para tranquilizar a mulher face ao seu desempenho. A monitorização do ganho ponderal é uma intervenção importante mas que não deve ser utilizada de forma abusiva pelos profissionais de saúde, de forma a evitar a obsessão da mulher na verificação do peso da criança (Associação Espanhola de Pediatria, 2004).

Os estudos referem a importância da identificação precoce e intervenção junto de mulheres com autoeficácia diminuída, pois apresentam maior propensão para nível mais elevado de ansiedade, demonstram-se mais preocupadas e sentem menos autoconfiança, pelo que o apoio no pós-parto é fundamental para o atingimento de melhores taxas de AM (Ystrom et al. 2008).

O regresso ao trabalho constituiu-se uma dificuldade tardia para a manutenção do AM, que eventualmente pode concorrer para a interrupção completa do AM (Carvalho & Tamez, 2002; Levy & Bertolo, 2008, 2012). A este propósito importa ressaltar a importância dos profissionais de saúde no apoio da mulher na gestão desta situação, o que deve passar pela informação sobre os seus direitos enquanto nutriz, conhecimento atempado da possibilidade de extração de leite e sua conservação, e incentivando à manutenção do AM mesmo aquando a introdução de outros alimentos – como importante parte integrante de uma alimentação diversificada.

A intervenção do enfermeiro especialista em SMOG no âmbito do AM deve desenvolver-se em estreita articulação com a equipa de saúde familiar da mulher/criança, bem como com o seu obstetra e pediatra, e com os elementos-chave da família (Di Napoli et al. 2004). Ao mesmo tempo, todos os profissionais devem privilegiar e considerar a devida importância para o sucesso do AM, o projeto de saúde e de vida de cada mulher (Forster & McLachlan, 2010).

2.6 Visita Domiciliária no Pós-Parto

A visita domiciliária de enfermagem é uma importante estratégia de favorecimento da transição segura entre a estadia da mulher/casal em contexto hospitalar e a sua casa, pois permite a identificação precoce de alterações psicológicas e fisiológicas, assim como facilita uma intervenção efetiva junto da mãe e da família na sua adaptação a esta fase no seu contexto de vida. Mais ainda, a visita domiciliária de enfermagem é uma estratégia promissora e de inequívoca eficácia para uma intervenção de sucesso em famílias com necessidades acrescidas (McNaughton, 2004).

Esta perspetiva encontra-se bem sublinhada nas orientações e regulamentos sobre a parentalidade, como se pode verificar no Decreto-Lei 70/2000 de 4 de Maio que regulamenta a proteção da maternidade; no Plano Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, 2004), no

Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (Ministério da Saúde, 2013) e nas recomendações da Ordem dos Enfermeiros (2013).

Da mesma forma, a WHO (2012b, 2013a) recomenda a realização de visitas domiciliárias em momentos-chave tendo em vista a melhor adaptação ao papel parental e o suporte efetivo na promoção do AM exclusivo, especialmente no primeiro, terceiro e sétimo dia do período pós-natal. Estas recomendações alertam para o facto de caber aos profissionais de saúde especializados a providência da assistência materna e neonatal (WHO & UNICEF, 2009b).

No distrito de Viana do Castelo, a visita domiciliária à puérpera/criança constitui-se uma atividade integrante das carteiras de serviços das USF e UCSP, e é da responsabilidade dos enfermeiros de família, bem como de algumas UCC. Atualmente é uma prática comum e de elevada frequência, sendo que em 2012 foi assegurada a 72,16% das puérperas (ULSAM, 2013).

Estas recomendações advêm da singular relevância da intervenção em proximidade com as pessoas/famílias no seu contexto de vida, na medida que proporciona melhor conhecimento da estrutura e dinâmica da família, assim como permite identificar necessidades e recursos disponíveis e com interesse na promoção e/ou recuperação da saúde e bem-estar. Ao mesmo tempo, pode ajudar no fortalecimento da coesão e participação familiar. A visita domiciliária é muito mais do que um local alternativo de prestação de cuidados é uma estratégia de intervenção (Graça, 2010; Stanhope & Lancaster, 2011).

Na perspetiva da mulher como utente/cliente do serviço de saúde, torna-se uma forma de aceder a cuidados de proximidade, evitando dispensáveis deslocações às unidades de saúde e, sobretudo, oferece a possibilidade de beneficiarem de cuidados promotores da saúde num ambiente com menos perturbações e em que o utente exerce controlo (Ibidem). Da mesma forma, contribui para a potencialização da autonomia da pessoa enquanto agente do seu projeto de saúde (Lacerda, 2010). Na perspetiva da enfermagem e numa linha de cuidados que se enraízam no paradigma holístico e numa perspetiva ecológica e desenvolvimentista, a visita domiciliária apresenta-se como uma estratégia fundamental para o conhecimento das relações familiares e do contexto envolvente, o que permite uma prestação de cuidados focados e ajustados às reais necessidades e, consequentemente, o atingimento de efetivos ganhos em saúde (Santos & Moraes, 2011). A intervenção em parceria com as famílias exige o seu conhecimento e entendimento segundo uma perspetiva sistémica.

Na revisão da literatura realizada por Kotliarenco, Gómez, Munoz & Aracena (2010) e por Lopes et al. (2010), a visita domiciliária demonstrou-se como uma estratégia efetiva para o desenvolvimento de competências parentais. Para Loureiro et al. (2009) e Yonemoto, Dowswell, Nagai & Mori (2013), a visita domiciliária é uma intervenção que promove a saúde mental da mãe/criança e da sua família, e que permite detetar precocemente riscos familiares, sociais e ambientais e de importância crucial para o crescimento e desenvolvimento da criança (Olds, 2002).

Neifert [citado por Pereira, 2006], refere que é importante a realização da visita domiciliária nos primeiros dias após a alta hospitalar para a identificação de situações de risco e para que a educação para a saúde se adapte às necessidades de cada díade mãe-criança. McDonald, Henderson, Faulkner, Evans & Hagan (2010) referem que a visita domiciliária promove a manutenção do AM.

Na revisão da literatura de Yonemoto, Dowswell, Nagai e Mori (2013) acerca da realização de visitas domiciliárias no pós-parto os resultados são heterogêneos, não estando claramente comprovado o seu impacto. Os autores recomendam que a visita domiciliária é uma estratégia de intervenção, sendo que a sua frequência, tempo, duração e intensidade deve ser baseada nas necessidades individuais da mulher/criança e família.

Numa revisão sistemática de estudos sobre as intervenções desenvolvidas, no período pré-natal e pós-natal, no sentido de aumentar a duração do AM, constatou-se o efeito benéfico do suporte pós-natal, que combinado com o apoio pré-natal, produziu efeitos positivos na duração e exclusividade do AM (Britton, McCormick, Renfrew, Wade, & King, 2007) O estudo de Bonuck et al. (2014) e o estudo de Bonuck, Trombley, Freeman e McKee (2005) evidenciaram esta realidade.

Graça (2010) aponta a visita domiciliária como um suporte importante para as mães no puerpério. Numa fase de exigente adaptação e reorganização de tarefas, um profissional habilitado é fundamental para facilitar a transição para o novo papel e transmitir a confiança necessária para a plena transformação na família.

No estudo de Filipe (2011) onde pretendeu avaliar o efeito da visita domiciliária na prevalência do AM exclusivo até aos seis meses, verificou que as mulheres reconheceram a visita domiciliária como uma importante estratégia de ensino, no entanto, não se verificaram ganhos decorrentes da visita domiciliária.

No estudo de Askeldottir, Lam-de Jonge, Edman e Wiklund (2013) evidenciou-se que as mulheres do grupo de intervenção [mulheres que foram alvo de 2 a 3 visitas domiciliárias

na primeira semana após o parto realizadas por enfermeiras especialistas em SMOG], referiram uma maior sensação de segurança na primeira semana pós-parto, comparativamente com o grupo de controlo. No entanto, as mulheres do grupo de intervenção revelaram emoções menos positivas em relação ao AM e a taxa de AM aos três meses do período pós-parto foi inferior em comparação com o grupo de controlo. Da mesma forma, no estudo de Bashour et al. (2008), a taxa de AM exclusivo foi superior nos grupos de mulheres que beneficiaram de pelo menos uma visita domiciliária.

Johnson, Brennan e Flynn-Tymkow (1999), através de um programa de visita domiciliária de apoio ao AM dirigido a puérperas e crianças, nas primeiras semanas após o parto, constataram a importância da visita domiciliária de enfermagem em mulheres em risco de interrupção do AM. Os mesmos autores alertam para a importância da comunicação na equipa de saúde, como forma de garantir a iniciação e a manutenção do AM. Os resultados deste estudo revelaram que a visita domiciliária assumia-se como um momento oportuno de educação para a saúde e apoio aos pais na gestão das vulnerabilidades deste período. Ao mesmo tempo, as crianças que foram alvo da visita domiciliária recorreram menos vezes aos serviços de saúde e satisfação das mulheres foi positiva. Num outro estudo, as mulheres sujeitas a intervenção – aconselhamento por pares no período pré e pós natal – a taxa de manutenção do AM avaliada até à segunda semana do pós-parto foi superior no grupo experimental (Chapman et al. 2013).

Desta exposição e em forma de síntese, importa reter que a transição para a parentalidade se acompanha por sentimentos e emoções positivas, tais como alegria, bem-estar e satisfação mas também por sentimentos de insegurança, ansiedade e receio face ao desenvolvimento das tarefas do novo papel. A família e os profissionais de saúde constituem-se elementos que podem influenciar esta vivência.

As primíparas parecem apresentar mais dificuldades na manutenção do AM e, tendencialmente, mais intercorrências mamárias. Contudo, pela aquisição de conhecimentos adequados, apoio e incentivo à sua capacidade para amamentar podem encontrar condições para o prolongamento do AM.

As características das mulheres, nomeadamente a autoconfiança e autoeficácia são preditores de um melhor índice de duração do AM e de satisfação com a experiência.

Por outro lado, os estados de ansiedade – alto nível de ansiedade – podem dificultar o processo de AM, nomeadamente a sua duração e exclusividade, e podem estar associados ao

aparecimento de depressão pós-parto, bem como a efeitos negativos no desenvolvimento da criança.

Relativamente às orientações para os profissionais de saúde no âmbito da promoção do AM, os estudos sugerem que a identificação precoce de mulheres que amamentam com risco de desenvolver depressão pós-parto é necessária não apenas para a redução da morbilidade associada à patologia, mas também como tentativa de aumentar as taxas de duração do AM.

As mulheres em processo de AM devem ter acesso a intervenções sustentadas e articuladas, para que se sintam esclarecidas e apoiadas e para que se prolongue o AM. Estas intervenções incluem a realização visitas domiciliárias, cuja frequência e duração devem ser ajustadas às suas necessidades.

A evidência científica remete para a necessidade de realização de estudos que permitam equacionar medidas de intervenção eficazes na promoção do AM e na prevenção de patologias psiquiátricas durante a transição para a parentalidade, as quais evidenciem ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de saúde.

Estudos efetuados em grupos de mulheres vulneráveis – com maior risco de cessação precoce do AM – são diminutos, assim como os que relacionam a gestão dos problemas mamários, a satisfação com o AM, a duração do AM e a ansiedade durante a transição para a parentalidade, nomeadamente, o nível de ansiedade traço – condição que determinou a pertinência da realização deste nosso estudo.

3. Percurso Metodológico

O desafio dos enfermeiros especialistas em SMOG constrói-se na procura permanente na excelência do exercício profissional, pelo que a investigação científica apresenta-se como uma estratégia para o crescente desenvolvimento do conhecimento do cuidar especializado.

Atualmente, a gravidez e a parentalidade são aspetos extremamente valorizados pela sociedade, e apresentam-se indissociavelmente ligados ao conhecimento técnico-científico e sociocultural. A permanente mudança dos conhecimentos, pela concretização de novas evidências científicas, exige ao enfermeiro especialista em SMOG uma preocupação persistente na atualização das dinâmicas de intervenção. Ao mesmo tempo, é crucial que a sua intervenção seja dominada por uma incansável busca na melhor adequação possível entre as necessidades reais, recursos disponíveis e as intervenções precisas para a minimização/resolução dos problemas. Neste contexto, é relevante a consideração de que estas intervenções, na sua mais básica essência, requerem um perfeito ajuste à individualidade de cada pessoa/casal/família e comunidade, assegurando uma abordagem [da mulher] segundo uma perspetiva bio-psico-sócio-cultural.

Conscientes da importância que a promoção e proteção do AM, bem como das condições de bem-estar psicológico e emocional assumem na saúde das mulheres e suas famílias, e sendo o enfermeiro especialista em SMOG, o profissional com competências acrescidas no cuidar da mulher, em particular, ao longo da fase reprodutiva, do seu ciclo de vida, consideramos pertinente a realização do estudo no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, pois estes asseguram a continuidade de assistência à mulher ao longo do processo de transição para a parentalidade de forma contínua e de maior proximidade.

Julgamos que a realização deste estudo, no distrito de Viana do Castelo, concretamente na população abrangida por cuidados de saúde oferecidos pela ULSAM, pode ser uma mais-valia na medida em que recentemente os Centros de Saúde foram dotados com enfermeiras especialistas em SMOG e as UCC apresentam carteiras assistenciais na área da preparação para o parto e parentalidade. A escolha ULSAM pretende-se com o facto de ser o local onde os investigadores prestam cuidados, pelo que conhecem as práticas clínicas em vigor, têm facilidade na identificação de colaboradores, conhecem as características populacionais, e ainda pelo ansejo de contribuir para a melhoria das práticas clínicas: aumento da taxa de AM e melhoria da qualidade de vida e bem-estar das famílias.

Sabe-se que após o nascimento da criança – desde a adaptação à nova imagem corporal, às condições físicas impostas pelo parto, às consequências nos vários sistemas e órgãos, à abrupta oscilação hormonal para dar início à lactação – as mulheres sofrem um elevado impacto psicológico, físico e de enorme exigência comportamental. O regresso a casa, impõe, à mulher, uma nova e incontornável exigência – o cuidar da criança – com repercussões na sua saúde mental. O processo de AM é gerador de inseguranças, medos e ansiedade, sendo habitual a ocorrência de algumas dificuldades iniciais, que podem concorrer para a interrupção precoce do AM, principalmente no caso de ser o primeiro filho. A transição saudável para parentalidade enquanto foco de atenção da enfermagem e por se apresentar uma importante condição para a saúde da mulher, criança e família é passível de intervenção. A visita domiciliária apresenta-se como uma forte estratégia de intervenção.

Neste sentido, a questão que orientou o presente estudo foi:

Qual o contributo da visita domiciliária da enfermeira especialista em SMOG, em Cuidados de Saúde Primários na ULSAM, no sucesso do AM e na ansiedade estado em primíparas com ansiedade traço ≥ 40 que frequentaram curso de preparação para o parto e parentalidade?

3.1 Finalidades e Objetivos

No âmbito da problemática em estudo e considerando a anteriormente apresentada questão de investigação, constituem-se como principais finalidades do estudo:

- Definir contributos para as intervenções clínicas de enfermagem especializada em SMOG na promoção do AM, em primíparas;
- Contribuir para a definição de intervenções clínicas de enfermagem especializada em SMOG na promoção da saúde mental em primíparas;
- Contribuir para o desenvolvimento do conhecimento da disciplina de enfermagem, na promoção do AM e na saúde mental das primíparas.

O delineamento deste estudo traçou-se em conformidade com os seguintes objetivos:

- Analisar o contributo da visita domiciliária da enfermeira especialista em SMOG no pós-parto no sucesso do AM em primíparas com ansiedade traço ≥ 40 .
- Analisar o contributo da visita domiciliária da enfermeira especialista em SMOG na ansiedade estado da primípara ao terceiro mês pós-parto.

3.2 Definição de Conceitos

Para efeitos do presente estudo consideramos:

Primípara – puérpera que pariu o primeiro filho nado-vivo.

Aleitamento materno exclusivo – Proporcionar à criança apenas leite materno (sem outros líquidos ou sólidos, excepto medicamentos).

Aleitamento materno predominante - Proporcionar à criança leite materno e outros líquidos, exceto leite artificial.

Alimentação artificial – Proporcionar à criança qualquer alimento ou líquido incluindo leite de origem não humano e leite artificial.

Visita domiciliária – Intervenção efectuada por enfermeiras especialistas em SMOG, na residência das primíparas.

Ansiedade – Característica biológica do ser humano, que antecede situações reais ou potenciais como ameaçadoras, marcada por sintomatologia do sistema nervoso autónomo.

Ansiedade estado – estado emocional temporário que depende da ação dos estímulos ambientais, com sentimentos de apreensão, preocupação e tensão conscientes.

Ansiedade traço – diferenças interindividuais na tendência em perceber situações como ameaçadoras e na inclinação para reagir a tais situações com elevações frequentes e intensas do estado de ansiedade.

Sucesso do AM – Compreende a duração exclusiva ou predominante do AM aos três meses de vida da criança, a satisfação com o AM e a gestão de intercorrências com a mama.

3.3 Desenho da Investigação

Atendendo à natureza da questão formulada e aos objetivos traçados, optamos por um estudo quantitativo. Dado que pretendíamos estudar o contributo da intervenção de enfermagem especializada em SMOG, através da visita domiciliária, no contexto de Cuidados de Saúde Primários, no sucesso do AM e na promoção da saúde mental, tornou-se necessário investir num paradigma que permitisse recolher os factos e estudar a sua relação (Bell, 2004).

Atendendo ao exposto, optamos por um estudo correlacional, pré-experimental. É objetivo da pesquisa experimental, determinar factores que contribuem para a ocorrência de um determinado fenómeno, e assim, no contexto da nossa investigação, pretendeu-se

determinar o contributo da intervenção de enfermagem através da visita domiciliária na obtenção de ganhos em saúde em AM e na promoção da saúde mental no pós-parto.

Para Gil (2007), a pesquisa experimental consiste em determinar um objeto de estudo, selecionar as variáveis que são capazes de influenciá-lo, definir as formas de controlo e de observação dos efeitos que a variável produz no objeto.

Nesta conformidade foram definidos dois grupos com características idênticas - experimental e controlo - tendo o grupo experimental sido submetido à visita domiciliária da enfermeira especialista em SMOG de acordo com procedimento estruturado.

O estudo é cego, pois os participantes não têm conhecimento da sua participação nos grupos de pesquisa.

Deste modo, o estudo de investigação tem o seguinte desenho:

Quadro 1 – Desenho da Investigação

Grupo	1 Entre o quarto e o oitavo dia pós-parto	2 3 Meses pós-parto
Experimental	X*	O1
Controlo		O1

1 - Intervenção

2 - Momento de colheita de dados

* Visita domiciliária da enfermeira especialista SMOG

De forma à composição da amostra, entre as 30 e as 36 semanas de gestação, foi avaliada a ansiedade traço das primíparas, a frequentar o curso de preparação para o parto e parentalidade. As mulheres primíparas com ansiedade traço ≥ 40 – valor considerado clinicamente relevante (Skari et al. 2002) foram selecionadas para o estudo. Entre o quarto e o oitavo dia do pós-parto das mulheres pertencentes ao grupo experimental, decorreu a intervenção através da realização da visita domiciliária pela enfermeira especialista.

As mulheres pertencentes ao grupo de controlo tiveram a visita domiciliária do enfermeiro de família, conforme se encontra definido, nos primeiros quinze dias pós-parto.

Aos três meses de vida da criança decorreu a colheita de dados para analisar os contributos da intervenção.

A colheita de dados decorreu entre Setembro de 2013 até Janeiro de 2014, de forma a assegurar o número de mulheres a integrar o estudo, conforme os critérios definidos [primiparidade e ansiedade traço ≥ 40].

3.3.1 População e Amostra

Ao nível do distrito de Viana do Castelo, os Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados de Saúde Hospitalares integram-se na ULSAM. No que se refere aos Cuidados de Saúde Primários, os Centros de Saúde apresentam-se como os recursos de saúde de primeira linha na assistência à população e integram as UCSP e USF centradas na prestação de cuidados individuais às pessoas e suas famílias; e as UCC que tem por objetivo dirigir a sua intervenção a grupos da comunidade vulneráveis ou com necessidades acrescidas de intervenção especializada. Todas estas unidades visam a prestação de cuidados de saúde de proximidade às pessoas/famílias e comunidade da sua abrangência.

Em todas as UCSP e USF da ULSAM, a visita domiciliária de enfermagem às puérperas é realizada pelo enfermeiro de família, à exceção de um Centro de Saúde, em que a visita é realizada em conjunto com o enfermeiro especialista em SMOG. Em algumas unidades, a enfermeira especialista em SMOG colabora com as equipas de saúde familiar em situações de risco acrescido.

Atendendo a estes factos, e no sentido de controlar possíveis variáveis interferentes, optamos por realizar o estudo nos Centros de Saúde em que a visita domiciliária era realizada exclusivamente pelos enfermeiros de família. Também foram seleccionados os Centros de Saúde com curso de preparação para o parto e parentalidade, tendo sido contactados os coordenadores de cada unidade de saúde e as enfermeiras especialistas em SMOG dinamizadoras do curso. A necessidade de obtenção de colaboração de enfermeiras especialistas em SMOG colaboradoras na investigação também permeou a escolha dos Centros de Saúde.

Constituiu-se população do estudo: grávidas primíparas inscritas nas unidades funcionais dos Centros de Saúde da ULSAM: Arcos de Valdevez, Caminha, Paredes de Coura; Ponte de Lima, Viana do Castelo e Vila Nova de Cerveira a frequentar o curso de preparação para o parto e parentalidade durante os meses de Setembro e Outubro de 2013.

Assim e de forma a garantir validade e fiabilidade do estudo, definiram-se os seguintes critérios de inclusão:

- Ser primípara, podendo não ser primigesta;
- Ter frequentado sessões sobre AM durante o período pré-natal no curso de preparação para o parto e parentalidade;
- Ter um *score* de ansiedade traço ≥ 40 ;
- Ter tido recém-nascido sem internamento em neonatologia após o nascimento.

Entre Setembro e Outubro de 2013 foram identificadas 72 grávidas primíparas com tempo de gestação entre as 30 e as 36 semanas. Das 72 grávidas primíparas foram identificadas 22 com ansiedade traço ≥ 40 . Após o parto foram excluídas 2 grávidas por não cumprirem um dos critérios de inclusão pois tiveram recém-nascido com necessidade de internamento em neonatologia após o nascimento.

Apesar de que na pesquisa quantitativa o tamanho da amostra se deva constituir suficientemente grande e representativo da população, para que se possam obter dados generalizáveis, neste estudo estimamos um tamanho de amostra superior a 40 para cada um dos grupos, com efeito, atendendo à dificuldade de obter primíparas com *scores* de ansiedade traço ≥ 40 e à limitação temporal da pesquisa, o tamanho de amostra conseguido foi de 20 primíparas, distribuídas 10 em cada grupo. A definição dos grupos - controlo e experimental – realizou-se em função dos locais de prestação de cuidados das colaboradoras da investigação.

Constituíram-se Centros de Saúde do grupo experimental, os Centros de Saúde A, B, C e os do grupo controlo D, E e F.

Relativamente ao *score* de ansiedade traço na amostra, o valor mínimo foi de 40 e o máximo de 62 pontos, com média de $45,15 \pm 5,91$ pontos. Os *scores* de ansiedade traço foram semelhantes em ambos os grupos: no grupo experimental, os valores variaram entre 40 e 53 pontos, com média de $44,4 \pm 1,49$; e no grupo controlo, situaram-se entre 40 e 62 pontos, com média de $46 \pm 2,23$. Para o efeito de comparação dos grupos, observou-se a normalidade da distribuição recorrendo ao teste de Shapiro-Wilk (casos: Shapiro-Wilk= 0,831; df 10; sig=0,035; controlo: Shapiro-Wilk =0,812; df 10; sig=0,020). Tendo em conta a ausência de normalidade da distribuição, realizou-se o teste de Mann-Whitney U.

Entre os grupos não se registaram diferenças estatisticamente significativas (valor de teste=41,500; sig=0,517).

Caracterização sociodemográfica

A caracterização sóciodemográfica das 20 primíparas que constituíram a amostra inclui: a idade, o estado civil, a escolaridade, a profissão, a situação face à profissão, o local de residência e o tipo de família [Tabela 1].

A idade das primíparas variou entre 18 e 39 anos, com média $29,55 \pm 5,41$ anos e mediana 19 anos, sendo que 55% tem entre 18 e 29 anos e as restantes entre 30 e 39 anos.

No que se refere ao estado civil, 80% das primíparas é casada ou vive em união de facto, as restantes são solteiras.

Relativamente à escolaridade, 10% é detentora da escolaridade básica, sendo 90% das primíparas possuidora de ensino secundário ou superior.

Quanto à profissão, 35% das primíparas exerce profissões intelectuais e científicas, 20% pertencem ao grupo de pessoal administrativo e similares, e as restantes distribuem-se aproximadamente de forma equitativa por pessoal dos serviços e vendedores (15%), operários, artífices e trabalhadores similares (15%) e técnicos e profissionais de nível intermédio (10%).

Face à situação profissional, 85% das primíparas encontra-se profissionalmente ativa.

No que diz respeito ao local de residência, observamos que 55% das primíparas residem em meio urbano e as restantes em zona rural. Quanto ao tipo de família, 75% fazem parte de famílias nucleares, 25% de famílias alargadas e 5% pertencem a famílias monoparentais.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica das primíparas (n=20)

	ni	fi(%)
Idade		
De 18 a 29 anos	11	55,0
De 30 a 39 anos	9	45,0
Estado civil		
Solteira	4	20,0
Casada/união de facto	16	80,0
Escolaridade		
Ensino básico	2	10,0
Ensino secundário	9	45,0
Ensino superior	9	45,0
Profissão		
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	7	35,0
Técnicos e profissionais de nível intermédio	2	10,0
Pessoal administrativo e similares	4	20,0
Pessoal dos serviços e vendedores	3	15,0
Operários, artífices e trabalhadores similares	3	15,0
Trabalhadores não qualificados	1	5,0
Situação profissional		
Empregada	17	85,0
Desempregada	3	15,0
Local de Residência		
Aldeia	9	45,0
Urbano	11	55,0
Tipo de Família		
Monoparental	1	5%
Nuclear	14	70%
Alargada	5	25%

Para avaliar a homogeneidade entre os grupos, para a idade, avaliamos a normalidade de distribuição e a homogeneidade de variâncias, constatando-se a sua presença (casos: Shapiro-Wilk =0,964; df 10; sig=0,829; controlo: Shapiro-Wilk =0,970; df 10; sig=0,888. Levene =0,001; sig=0,980), pelo que para a comparação de médias se utilizou o teste t para amostras independentes, não se observando diferenças estatisticamente significativas. Para as restantes variáveis de caracterização sócio-demográfica também não se observaram diferenças estatisticamente significativas [Quadro 2].

Para o efeito da comparação de grupos, não se procedeu à análise do grupo profissional uma vez que se observa grande dispersão de resultados, nem do tipo de família pois não se encontravam reunidos os pressupostos assegurados para a utilização do Qui-quadrado e também não consideramos viável um critério de agrupamento.

Os grupos eram equivalentes entre si.

Quadro 2 – Análise das diferenças entre os grupos, quanto às características sóciodemográficas

Variável	Valor de teste	df	sig.
Idade*	-0,692	18	0.498
Escolaridade**	-0,084	-	0.971
Estado civil***	0.000	1	1.000
Situação Profissional***	0.392	1	0.531
Local de Residência***	0.202	1	0.653

*teste de t para amostras independentes

**teste de Mann-Whitney U

***teste de independência de Qui-quadrado

3.3.2 Variáveis

Como refere Fortin (2009, p. 48) “*Uma variável é um conceito ao qual se pode atribuir uma medida. Corresponde a uma qualidade ou a uma característica que são atribuídas a pessoas ou a acontecimentos que constituem o objecto de uma investigação (...).*”

Numa investigação experimental pode-se demonstrar relações de causa e efeito; há manipulação de uma variável independente, que possivelmente produzirá efeitos correspondentes na variável dependente.

Conforme os objetivos e o respetivo desenho do estudo, a variável independente foi a visita domiciliária da enfermeira especialista em SMOG entre o quarto e o oitavo dia do pós-parto.

A construção da variável independente implicou a necessidade de aprofundarmos vários domínios de intervenção e dado que se incluíram colaboradores na realização da investigação, optamos pela realização de um procedimento.

Dado que pretendíamos realizar intervenção a um grupo experimental, e no sentido de evitar condicionalismos, e não serem apenas os investigadores a realizar a intervenção, solicitamos a colaboração de três enfermeiras especialistas em SMOG para o efeito, facto determinante para a exequibilidade do estudo.

Nesta sequência foram realizadas três reuniões de trabalho com as colaboradoras da investigação onde se procedeu à construção de um procedimento estruturado para a visita domiciliária.

Na sua génese houve necessidade de clarificarmos os modelos teóricos subjacentes à intervenção de enfermagem especializada, os objetivos da visita domiciliária, assim como alguns aspetos-chave dos focos de atenção possíveis e estratégias e intervenções de enfermagem inerentes.

Assim da reflexão partilhada e da revisão da literatura elaboramos o procedimento de intervenção de enfermagem especializada na visita domiciliária de acordo com as fases a visita domiciliária preconizadas segundo Stanhope e Lancaster (2011).

O objetivo geral da visita visou o empoderamento da primípara/família no processo de transição para a parentalidade.

Como objetivos específicos definimos:

- Capacitar a primípara no processo de AM, nomeadamente no desenvolvimento de habilidades na técnica de AM, na gestão de intercorrências com a mama e na interpretação dos sinais de fome e de saciedade da criança;
- Tranquilizar a primípara/família na adaptação ao novo papel;
- Diminuir a ansiedade estado da primípara; e
- Identificar indicadores de risco bio-psico-social na transição para a parentalidade.

Constituíram-se como intervenções o aconselhamento em AM e a técnica de relaxamento com vista à gestão da ansiedade.

No domínio do AM utilizamos as orientações técnicas do Manual de Aconselhamento em AM da WHO e UNICEF (1993), e no domínio da saúde mental, recorremos às orientações do Manual de Orientação para Profissionais de Saúde da Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância (Ministério da Saúde, 2006), no que respeita à entrevista pós-natal. A técnica de relaxamento utilizada foi a proposta por Townsend (2010), a qual é efetuada no curso de preparação para o parto e parentalidade, e portanto do conhecimento das primíparas, assim como o recurso musical que se utilizou. Definiu-se a linguagem classificada da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem para a documentação dos cuidados no aplicativo Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem, sendo o processo de enfermagem do livre arbítrio de cada enfermeira especialista. O procedimento constituiu-se

apenas um guia para a realização da visita domiciliária, sendo adaptado em função das necessidades das primíparas e das realidades presentes em cada caso [Quadro 3].

Foram também definidas as etapas e recursos materiais necessários para o efeito, e a articulação com os enfermeiros de família das primíparas alvo da intervenção no sentido de assegurar que a visita domiciliária no período pós-parto seria efetuada pela enfermeira especialista em SMOG. Estimou-se a duração da visita domiciliária para 60 minutos e a sua realização ocorreu entre o quarto e o oitavo dia pós-parto.

Quadro 3 – Intervenção na Visita Domiciliária

Fases	Momentos	Intervenção
Fase de pré-visita	Período pré-natal: no curso de preparação para o parto e parentalidade	<i>Estabelecimento de relação de confiança com a grávida;</i> <i>Justificação dos objetivos e importância da visita;</i> <i>Obtenção do consentimento da grávida para a realização da visita.</i>
	Período pós parto: na unidade de saúde	<i>Avaliação da história clínica da primípara/criança (período periparto/nascimento e internamento hospitalar) através da grelha integrante do instrumento de colheita de dados;</i> <i>Contacto telefónico após alta do Hospital para agendamento da visita domiciliária (hora e dia) de acordo com a disponibilidade da primípara e pessoa significativa;</i>
Fase de visita	Entre o quarto e o oitavo dia pós-parto: no domicílio	<i>Cumprimentar a primípara/pessoa significativa;</i> <i>Elogiar pelo nascimento;</i> <i>Solicitar local de conveniência da primípara/pessoa significativa para dar início à intervenção com o mínimo de interrupções.</i> <i>Iniciar a entrevista sobre a experiência de parto/nascimento demonstrando uma atitude de proximidade, confiança e disponibilidade em ajudar.</i> <i>Incentivar a primípara a expressar os seus sentimentos, emoções e inseguranças sobre a nova fase da sua vida;</i> <i>Identificar suporte familiar e social da puérpera;</i> <i>Executar técnica de relaxamento progressivo modificado com utilização de música de relaxamento “chakra sensual dreams massage”;</i> <i>Avaliação física da primípara e da criança;</i> <i>Avaliação da relação entre a mãe e a criança;</i> <i>Observação da mamada de acordo com grelha de observação da mamada da WHO/UNICEF;</i> <i>Discussão das necessidades com a primípara/pessoa significativa proporcionando ajuda técnica e apoio emocional.</i> <i>Aconselhamento e apoio na tomada de decisão da primípara no que concerne à satisfação das necessidades da criança e na gestão da ansiedade;</i> <i>Incentivo à capacidade e confiança da primípara em amamentar;</i> <i>Definição de estratégias a implementar com a primípara/pessoa significativa.</i>
Fase de conclusão	Entre o quarto e o oitavo dia pós-parto: no domicílio	<i>Revisão da visita em conjunto com a primípara/pessoa significativa;</i> <i>Planeamento de próximas visitas/consultas.</i>
Fase de pós-visita	Na unidade de saúde	<i>Documentação da visita e do processo de enfermagem;</i> <i>Promoção da continuidade de cuidados com o enfermeiro de família.</i>

As variáveis dependentes, dizem respeito aos contributos da visita domiciliária da enfermeira especialista em SMOG no sucesso do AM e na ansiedade estado aos três meses pós-parto.

Relativamente ao sucesso do AM, definimos:

- A duração do AM exclusivo e predominante de acordo com a classificação da WHO (2010a) aos três meses de vida da criança;
- A gestão de intercorrências com a mama; e
- A satisfação da primípara com o AM através da *Maternal Breastfeeding Evaluation Scale* (MBFES).

Relativamente à promoção da saúde mental, definimos:

- O *score* de ansiedade estado da primípara aos 3 meses pós-parto, através da sub-escala STAI- Estado.

Definimos ainda variáveis de caracterização.

Variáveis de caracterização

As variáveis de caracterização referem-se às características sócio-demográficas e da gravidez, parto, puerpério e criança, tendo sido selecionadas com base na revisão da literatura, com os objetivos de conhecer as características das mulheres, e por se tratar de um estudo pré-experimental, determinar a homogeneidade entre os grupos, pois a sua distribuição pode influenciar as variáveis dependentes.

Nas características sócio-demográficas, definimos a idade, o estado civil, o tipo de família, a escolaridade, profissão, situação face ao emprego e local de residência.

Nas características da gravidez, parto e puerpério e criança, consideramos a assistência pré-natal, o planeamento e a duração da gravidez, o tipo de parto, a presença de intercorrências puerperais, o contacto pele a pele, o peso e apgar da criança e a existência de intercorrências neo-natais tendo como objetivo principal caracterizar a assistência de saúde e as intercorrências no pós-parto/nascimento.

Em relação ao AM, definimos a frequência de sessões sobre AM nos cursos de preparação para o parto e parentalidade, a decisão de amamentar, as pessoas que influenciaram a tomada de decisão, a partilha da decisão em amamentar com o companheiro, o estabelecimento da mamada na primeira hora de vida e a iniciação ao AM no primeiro dia de vida.

Quanto à escala de medida, as variáveis foram operacionalizadas em nominais, ordinais e quantitativas.

3.3.3 Hipóteses

De acordo com a literatura e os objetivos da investigação que foram delineados, procedemos à definição das hipóteses do estudo:

Hipótese 1: As primíparas alvo da visita domiciliária da enfermeira especialista em SMOG amamentam exclusiva ou predominantemente aos 3 meses de vida da criança em maior percentagem que as primíparas do grupo controlo;

Hipótese 2: As primíparas alvo da visita domiciliária da enfermeira especialista em SMOG gerem autonomamente as intercorrências mamárias durante o processo de AM em maior percentagem do que as primíparas do grupo controlo;

Hipótese 3: As primíparas alvo da visita domiciliária da enfermeira especialista em SMOG obtêm maiores *scores* relativamente à satisfação com o AM do que as primíparas do grupo controlo;

Hipótese 4: As primíparas alvo da visita domiciliária da enfermeira especialista em SMOG apresentam menores *scores* de ansiedade estado aos três meses pós-parto do que as primíparas do grupo controlo.

3.3.4 Instrumentos de Colheita de Dados

Para Fortin (2009) o questionário é uma técnica de recolha de dados, que necessita de respostas escritas por parte dos sujeitos e é um instrumento que permite traduzir os objetivos de um estudo em variáveis mensuráveis, sendo como tal o instrumento que melhor se adequa ao tipo de estudo e às características da população.

Os instrumentos de colheita de dados utilizados pretenderam dar resposta aos objetivos traçados e às hipóteses definidas, tendo uma parte sido construída para o efeito, e para a outra parte recorreu-se a escalas utilizadas em Portugal em estudos de idêntica natureza (Apêndice I).

Assim, utilizamos os seguintes instrumentos de colheita de dados:

- Inventário STAI- Traço de Spielberg, Gorsuch e Lushene (1970) com a versão de Silva e Correia (2006) para a avaliação da ansiedade traço para seleção da amostra;
- Questionário elaborado para o efeito, que inclui a caracterização sócio-demográfica, a caracterização da gravidez, parto, puerpério e criança e a caracterização do AM, com base na revisão da literatura e outros estudos sobre questões similares.
- Escala MBFES de Leff (1994) com a versão portuguesa de Galvão (2006) para avaliação da satisfação com o AM;
- Inventário STAI – Estado de Spielberg, Gorsuch e Lushene (1970) com a versão de Silva e Correia (2006) para avaliação da ansiedade estado aos três meses pós-parto.

Qualidades psicométricas do STAI

Para avaliação da ansiedade recorreu-se ao STAI Forma Y1/2, um inventário de estado-traço de ansiedade de Spielberg (1970), que determina a ansiedade traço e estado, com a versão de Silva e Correia (2006).

Este inventário foi construído com o objetivo de avaliar o estado e o traço de ansiedade, tanto em contexto clínico, como de investigação. É uma medida de relato pessoal, constituída por duas escalas de vinte itens. O inventário é aplicável a indivíduos de ambos os sexos, a partir do décimo ano de escolaridade ou com idade equivalente [aproximadamente 16 anos]. A adaptação, tradução e aferição da medida para a população portuguesa foi realizada, num primeiro momento por Silva e Santos (1997) e posteriormente por Silva e Correia (2006).

É um instrumento de auto-avaliação, constituído por duas sub-escalas, a Y-1 e Y-2, com 20 itens cada uma. Possui um formato de resposta tipo *Likert* de 1 a 4 pontos, sendo a forma Y-1, relativa a ansiedade estado, com 1 a corresponder a *nada* e 4 a *muito* e a forma Y-2, respeitante a ansiedade traço, com 1 a corresponder a *quase nunca* e 4, *quase sempre*. Os valores podem variar entre um mínimo de 20 e máximo de 80 sendo que valores mais altos indicam maiores níveis de ansiedade. A subescala traço [Y-2] avalia como habitualmente a pessoa se sente na sua vida enquanto que a subescala estado [Y-1] avalia o estado de ansiedade no momento.

Segundo Silva (2006) o inventário deve ser apresentado como um questionário de auto-avaliação, designação que deve constar no protocolo de investigação. Existem 10 itens da sub-escala estado e 9 itens da sub-escala traço que se encontram invertidos, sendo os itens 1,2,5,8,10,11,15,16,19 e 20 para a ansiedade estado e 21, 23,26,27,30,33,34,36 e 39 para a ansiedade traço. O inventário foi utilizado em outros estudos em Portugal (Figueiredo, Costa, Pacheco, Conde & Teixeira, 2007; Veríssimo, 2010).

No que diz respeito às qualidades psicométricas do inventário, verificaram-se valores de alfa de *cronbach* de 0,732 para a ansiedade traço e 0,872 para a ansiedade estado, valores idênticos aos de outros estudos [Quadro 4].

Quadro 4 – Consistência interna do Inventário STAI (alfa de *cronbach*)

Subescala	Figueiredo, Costa, Pacheco, Conde & Teixeira (2007)	Veríssimo (2010)	Estudo
STAI – Traço	0.87	0.89	0.73
STAI – Estado	0.88	0.93	0.87

Qualidades psicométricas da MBFES

Para a avaliação materna do AM recorreu-se a MBFES de Leff (1994), com a versão de Galvão (2006).

A escala de avaliação materna do AM permite avaliar aspetos que as mães identificam como relevantes para uma experiência de AM bem sucedida. Permite avaliar a satisfação da mãe com o AM, englobando aspetos relacionados consigo e com a criança. A sua utilização é considerada adequada quer após a cessação do AM, quer após 1, 2 ou 3 meses de AM (Leff, 1994; Galvão, 2006).

A escala é composta por 30 questões operacionalizadas numa escala de likert com 5 itens, que variam de discordo completamente, a que corresponde o valor 1, a concordo completamente, a que corresponde o valor 5. A valores mais elevados corresponde maior satisfação. A escala foi utilizada em outros estudos em Portugal (Galvão, 2006, Graça, 2010). Conforme Leff (1994), a escala é composta pelas sub-escalas:

Prazer e papel maternal – refere-se ao afeto e envolvimento da mãe-criança. Tem subjacente que sentimentos positivos acerca do AM funcionam como fortalecedores dessa relação. É composta pelos itens: 1,2,6,9,11,12,16,17,18,20,21,23,25 e 30.

Satisfação e crescimento da criança – diz respeito à satisfação com o aumento ponderal e crescimento da criança e a sua resposta emocional ao AM. Estes itens são independentes dos comportamentos maternos, embora sejam percecionados e controlados pelas mães. Integram esta sub-escala os itens: 3*,4,7,10,15,19*,24 e 28*. Os itens com * são a recodificar.

Estilo de vida e imagem corporal materna – refere-se à satisfação com a imagem corporal materna e AM como uma tarefa que interfere com outras atividades. É composta pelos itens: 5*,8*,13*,14*,22*,26,27*,29*. Os itens assinalados com * são a recodificar.

Na avaliação das qualidades psicométricas da escala consideraram-se as 20 primíparas assumindo-se as sub-escalas propostas pela autora e os resultados de Galvão (2006), que mantém a mesma estrutura.

A consistência interna da escala total é boa (0,92) com valores idênticos aos observados noutros estudos [Quadro 5], o mesmo se observando nas sub-escalas prazer e papel maternal (0,89) e satisfação e crescimento da criança (0,80), sendo aceitável para a sub-escala estilo de vida e imagem corporal materna (0,54). Nesta sub-escala foi retirado o item 22, porque a consistência interna melhora significativamente.

Quadro 5 – Consistência interna da MBFES (alfa de Cronbach)

Subescala	Leff (1994)	Galvão (2006)	Graça (2010)	Estudo
Prazer e papel maternal	0,93	0,87 a 0,92	0,87 a 0,90	0,89
Satisfação e crescimento da criança	0,88	0,70 a 0,76	0,72 a 0,73	0,80
Estilo de vida e imagem corporal	0,80	0,76 a 0,82	0,77 a 0,72	0,54
Escala Total	0,93	0,90 a 0,92	0,89 a 0,90	0,92

Pré- Teste

Em Junho de 2013 procedeu-se à aplicação do pré-teste com 3 grávidas e 3 mães com crianças com menos de três meses, que se mostraram disponíveis para preencher o questionário. O tempo de preenchimento variou entre 10 e 15 minutos, e verificaram-se diferentes perspetivas de interpretação das questões 5, 7, 8 sendo pouco claras, e a questão 10 na qual se acrescentou um item que não estava contemplado, pelo que se procedeu à reformulação do instrumento nas referidas questões.

O questionário aplicado incluiu a caracterização da gravidez, parto, puerpério e criança, a caracterização do AM, a escala MBFES [30 questões] e o inventário STAI Estado [20 questões].

3.3.5 Procedimentos

Num primeiro momento procedemos à auscultação das práticas clínicas, nas diferentes unidades de saúde, relativas à existência e conteúdo do curso de preparação para o parto e parentalidade e à visita domiciliária de enfermagem à mulher/criança no pós-parto. Posteriormente solicitamos a autorização para a realização do estudo à comissão de ética da ULSAM (Anexo I).

Para a colheita de dados obtivemos a colaboração das enfermeiras especialistas em SMOG dos Centros de Saúde onde decorreu o estudo, tendo sido elaborados e disponibilizados às enfermeiras o procedimento relativo às várias etapas da investigação e momentos e procedimentos da colheita de dados (Apêndice II). Após a identificação das primíparas com ansiedade traço de acordo com critério para o estudo, foi entregue a cada enfermeira especialista a segunda parte do questionário. Após esta etapa, foi novamente reconfigurada a amostra em função dos critérios de inclusão, e foi entregue terceira parte do instrumento de colheita de dados a ser aplicado às primíparas aos três meses de vida da criança, no ato de vacinação previsto de acordo com o programa nacional de vacinação. Nesta última etapa, a aplicação do questionário obedeceu aos seguintes princípios: no grupo experimental, a terceira parte do questionário foi aplicada pelos enfermeiros de família e no grupo controlo foi aplicada pelas enfermeiras especialistas em SMOG. Com isto pretendeu-se não exercer influência sobre as primíparas alvo de intervenção quanto às respostas.

Para efeitos da identificação dos questionários foi atribuído um número a cada participante, sendo destruído após a recolha de informação.

A investigação foi conduzida com o princípio do respeito pela autonomia e dignidade da pessoa (Fortin, 2009) pelo que se respeitou o direito de confidencialidade, anonimato e privacidade. Nesta perspetiva os princípios éticos aplicáveis em pesquisas em seres humanos, dispostos no código de ética, nomeadamente o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto ou prejuízo e o direito ao tratamento justo e equitativo foram respeitados.

Foi solicitada a participação voluntária de cada primípara, dando a conhecer os objetivos do estudo, o procedimento a adotar e se proporcionou o contacto do investigador, garantindo o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos. Foi solicitada a assinatura das primíparas em consentimento informado (Apêndice III). A cada primípara foi dada a oportunidade de desistir a qualquer momento, caso pretendesse, sem que disso resultasse qualquer consequência para si e dadas instruções para o preenchimento dos instrumentos. Os questionários foram preenchidos individualmente nas unidades de saúde.

A investigação não interferiu negativamente na dinâmica de prestação de cuidados das várias unidades, na medida em que a articulação entre os enfermeiros especialistas e os enfermeiros de família foi efetiva.

Os dados foram codificados de modo a assegurar o anonimato das participantes.

3.3.6 Tratamento e Análise de Dados

Na sequência de dar resposta aos objetivos e às hipóteses formuladas, procedeu-se ao tratamento e análise dos dados. As informações obtidas através do questionário foram codificadas de forma a permitir o tratamento estatístico. As perguntas abertas foram codificadas à posteriori e nas que existia grande dispersão na distribuição foram recodificadas sendo agregadas em categorias de menor dispersão.

Foi efetuada análise descritiva [distribuição de frequências e medidas de tendência central] conforme as variáveis quanto à escala de medida.

Na estatística inferencial para as variáveis quantitativas analisaram-se os pressupostos para a utilização de testes paramétricos para duas amostras independentes [normalidade de distribuição: teste de Shapiro-Wilk] e quando presente optou-se pelo teste t para amostras independentes, quando ausente optou-se pelo teste de Mann-Whitney U.

Para a avaliação da homogeneidade de variâncias utilizou-se o teste de Levene.

Nas variáveis nominais utilizou-se o teste de independência de Qui-quadrado.

O suporte informático utilizado para o tratamento estatístico foi o *Statistical Package for the Social Sciences* versão 19.0 e o nível de significância admitido foi de 5%.

4. Resultados

Os resultados são apresentados em função dos objetivos do estudo. Iniciamos com a caracterização da gravidez, parto, puerpério e criança para depois incidir na caracterização do AM, as dimensões do sucesso do AM e na ansiedade estado. Assim, quanto ao sucesso em AM, os resultados estão agrupados em torno de três aspetos: a duração do AM exclusivo/predominante aos três meses de vida da criança; a gestão das intercorrências com a mama e a satisfação materna com o AM. No que diz respeito à ansiedade, os resultados dizem respeito ao nível de ansiedade estado das primíparas no terceiro mês pós-parto.

Numa primeira abordagem realizamos a análise descritiva sendo depois apresentada a análise inferencial, verificando-se as hipóteses.

4.1 Caracterização da Gravidez, Parto, Puerpério e Criança

A assistência pré-natal [Tabela 2] foi efetuada por 70% das primíparas em serviços públicos, tendo as restantes 30% recorrido a serviços públicos e privados. Das seis primíparas que referem assistência nos serviços públicos e privados, há primíparas que recorrem aos Centros de Saúde exclusivamente para a preparação para o parto e parentalidade.

No que concerne ao planeamento da gravidez, os dados revelam que 75% das grávidas decidiu planear a gravidez, tendo a gravidez não planeada ocorrido em 25% das situações.

Quanto à duração da gravidez, esta variou entre as 37 e 41 semanas, com uma média de $39 \pm 1,08$ semanas de gestação.

O parto foi em 65% dos casos eutócico. Relativamente às primíparas cujo parto foi distócico, a cesariana ocorreu em 85,7% das situações.

Em nenhuma das primíparas se verificaram intercorrências puerperais.

Quanto ao contacto pele a pele observa-se que 70% das primíparas e crianças foram alvo desta prática na primeira hora de vida.

As crianças ao nascer tiveram um peso que variou entre 2,410 kg e 4,015kg, com média de $3,144 \pm 0,373$ kg, verificando-se que 80% das crianças apresentam peso ideal para o termo, 5% baixo peso e as restantes peso elevado.

Quanto à forma de adaptação da criança à vida extra uterina, verificamos que 95% das crianças tiveram um apgar ao primeiro minuto de ausência de dificuldade, tendo ao quinto minuto todas obtido ausência de dificuldade.

Na existência de intercorrências no período neonatal de referir que esta condição não se observou em nenhum dos casos.

Tabela 2 – Caracterização da gravidez, parto, puerpério e criança (n=20)

	ni	fi (%)
Assistência Pré-Natal		
Serviços públicos	14	70,0
Serviços públicos e privados	6	30,0
Planeamento da gravidez		
Gravidez planeada	15	75,0
Gravidez não planeada	5	25,0
Tipo de Parto		
Eutócico	13	65,0
Distócico	7	35,0
Tipo de parto distócico		
Cesariana	6	85,7
Forcêps	1	14,3
Contacto pele a pele na primeira hora de vida		
Sim	14	70,0
Não	6	30,0
Peso da criança		
Baixo peso	1	5,0
Peso ideal	16	80,0
Peso elevado	3	15,0
Índice de apgar 1º minuto		
Dificuldade Moderada	1	5,0
Ausência de Dificuldade	19	95,0

Para análise das diferenças entre os grupos, recorreu-se ao teste de independência Qui-quadrado para todas as variáveis à exceção do peso, para a qual se utilizou o teste t para amostras independentes. Quanto ao peso da criança, avaliou-se a normalidade da distribuição, constatando-se a sua presença (casos: Shapiro-Wilk =0,914; df 10; sig=0,310: controlo: Shapiro-Wilk =0,933; df 10; sig=0,480) e a homogeneidade de variâncias (Levene =0,459; sig=0,507). Conforme apresentado no Quadro 6, não se verificaram diferenças das médias de peso. Relativamente ao planeamento da gravidez, assistência pré-natal, tipo de parto e contacto pele a pele, também se constatou a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Quadro 6 – Análise das diferenças entre os grupos relativamente à gravidez, parto, puerpério e criança

Variável	Valor de teste	df	sig.
Assistência pré-natal*	0,000	1	1,000
Planeamento da gravidez*	0,267	1	0,606
Tipo de parto*	0,220	1	0,639
Contacto pele a pele*	0,000	1	1,000
Peso da criança**	-0,529	18	0,603

*Teste de Independência de Qui-quadrado

**Teste t para amostras independentes

4.2 Aleitamento Materno

Relativamente ao AM [Tabela 3] verificamos que as primíparas frequentaram sessões de preparação para o parto e parentalidade, e todas referem que estiveram presentes nas sessões sobre o AM.

A decisão de amamentar, foi tomada em 80% das primíparas antes da gravidez, e as restantes decidiram durante a gravidez.

Participaram na decisão somente a mulher em 55% dos casos, sendo que as restantes (45%) referem ter tido o aconselhamento do enfermeiro na tomada de decisão.

A tomada de decisão acerca do AM envolveu, na maioria dos casos (85%) os maridos/companheiros.

A primeira mamada ocorreu na primeira hora de vida para 70% das crianças e até às 24 horas todas tinham mamado leite materno.

No que diz respeito à prevalência de AM exclusivo e predominante aos três meses de vida da criança, verificamos que aos 3 meses de vida da criança, a prevalência de AM exclusivo foi de 55%, seguida de 15% de crianças com AM predominante e 30% de crianças a fazer alimentação artificial.

Relativamente à introdução de água/chá, o dia de introdução variou entre o décimo quinto e o sexagésimo dia de vida da criança, sendo a média de $36,2 \pm 22,52$ dias.

Quanto à introdução de leite artificial, esta ocorreu entre o sexto e o sexagésimo dia de vida, com média de $30,11 \pm 19,85$ dias.

No que respeita à dimensão gestão de intercorrências com a mama, analisou-se a primeiramente a frequência das intercorrências tendo-se atribuído *scores* que variaram de 1 para nunca e 4 para muitas vezes, sendo a pontuação máxima obtida de 49 pontos para os mamilos gretados, 47 pontos para o ingurgitamento mamário e 37 para a mastite puerperal.

Relativamente à gestão de intercorrências com a mama, 65% das mulheres resolveram os problemas com a mama com o auxílio dos profissionais de saúde, 25% resolveu sozinha e 5% das mulheres referem resolução espontânea das intercorrências. No grupo dos profissionais de saúde, revelou-se que 81,25% das mulheres recorreram à enfermeira especialista para resolução das intercorrências mamárias.

Tabela 3 – Caracterização do AM (n=20)

	ni	fi(%)
Decisão de Amamentar		
Antes da gravidez	16	80,0
Durante a gravidez	4	20,0
Participantes na tomada de decisão em amamentar		
Iniciativa Própria	11	55,0
Iniciativa Própria + orientação de enfermeiros	9	45,0
Partilha da decisão com o companheiro		
Sim	17	85,0
Não	3	15,0
Estabelecimento da mamada na primeira hora de vida		
Sim	14	70,0
Não	6	30,0
Tipo de alimentação aos 3 meses de vida		
Aleitamento materno exclusivo	11	55,0
Aleitamento materno predominante	3	15,0
Alimentação artificial	6	30,0
Frequência de intercorrências com a mama		
Mamilos gretados		
Nunca	4	20,0
Poucas vezes	7	35,0
Algumas vezes	5	25,0
Muitas vezes	4	20,0
Ingurgitamento mamário		
Nunca	3	15,0
Poucas vezes	9	45,0
Algumas vezes	6	30,0
Muitas vezes	2	10,0
Mastite Puerperal		
Nunca	11	57,9
Poucas vezes	5	26,3
Algumas vezes	2	10,5
Muitas vezes	1	5,3
Não responde	1	
Gestão das intercorrências		
Mulher	5	25,0
Mulher + Profissionais de saúde	13	65,0
Resolução espontânea	1	5,0
Não responde	1	5%

Na comparação entre os grupos face à caracterização do AM e no que diz respeito às variáveis “participantes na tomada de decisão”, “partilha da decisão com o companheiro” e “estabelecimento da mamada na primeira hora de vida” foi realizado o teste de independência de Qui-quadrado e não se verificaram diferenças estatisticamente significativas. No que diz

respeito à variável “Decisão de amamentar” foi realizado o teste de independência Qui-quadrado e verificamos que um maior número de mulheres do grupo experimental decidiu amamentar antes da gravidez, enquanto que no grupo de controlo verificamos que mais mulheres referiram que a tomada da decisão de amamentar ocorreu no decurso da gravidez.

Para efeito de análise das diferenças entre os grupos, e no que concerne à prevalência do AM, recodificaram-se as variáveis em “aleitamento materno” e “alimentação artificial”. Na comparação dos grupos utilizou-se o teste Qui-quadrado não se verificando diferenças estatisticamente significativas entre os grupos casos e controlo [Quadro 7]. Posto isto, a hipótese 1 não se verificou.

Os resultados sugerem que a visita domiciliária da enfermeira especialista em SMOG não influenciou o tipo de alimentação da criança aos três meses de vida.

Na análise das diferenças entre os grupos quanto à frequência de intercorrências na mama não se observaram diferenças estatisticamente significativas.

Para efeitos de comparação dos grupos, relativamente à gestão das intercorrências na mama, a variável foi recodificada, porque se considerou que para a resolução espontânea a mulher deve ter tido alguma intervenção, pelo que se juntou a “resolução espontânea” à “mulher”. A análise inferencial, na comparação dos grupos revelou não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos controlo e experimental, não se confirmando a hipótese 2.

Quadro 7 – Análise das diferenças entre os grupos relativamente ao aleitamento materno

Variável	Valor de teste	df	sig.
Decisão de amamentar*	5,000	1	0,025
Participantes na tomada de decisão de amamentar*	0,202	1	0,653
Partilha da decisão de amamentar com o companheiro*	3,529	1	0,060
Estabelecimento da mamada na primeira hora de vida*	0,000	1	1,000
Tipo de alimentação aos 3 meses de vida*	1,091	1	0,329
Frequência de intercorrências na mama**			
Mamilos gretados	-0,353	-	0,724
Ingurgitamento mamário	-0,846	-	0,397
Mastite Puerperal	-0,644	-	0,520
Gestão de intercorrências na mama*	3,316	1	0,069

*Teste de independência de Qui-quadrado

**Teste de Mann-Whitney U (distribuição de Z)

No que respeita à satisfação materna com o AM, e dado que a escala total é constituída por três subescalas com diferente número de itens, o tratamento estatístico foi baseado em médias ponderadas o que permitiu a comparação.

Relativamente à subescala satisfação e crescimento da criança, os valores oscilaram entre 2,5 e 5, com média de $4,05 \pm 0,69$.

Quanto à subescala prazer e papel maternal, o valor mínimo foi 3,86 e o máximo 5, sendo a média $4,47 \pm 0,37$.

No que concerne à subescala estilo de vida e imagem corporal materna, os valores variaram entre 3,14 e 5, tendo a média se situado em $4,04 \pm 0,50$.

As primíparas apresentam maior satisfação com o AM no que diz respeito ao prazer e papel parental, sendo ligeiramente inferiores e idênticas as médias das subescalas satisfação e crescimento da criança e o estilo de vida e imagem corporal.

No que diz respeito à escala total MBFES, obtiveram-se valores entre 3,39 e 5 com média de $4,18 \pm 0,45$. A satisfação com o AM é elevada pois os valores aproximam-se dos valores máximos da escala.

Para efeito de comparação de grupos, avaliamos a normalidade de distribuição e homogeneidade de variâncias para cada uma das subescalas e escala total, tendo-se observado a sua presença [Quadro 8].

Quadro 8 – Análise da normalidade de distribuição e homogeneidade de variâncias das subescalas e escala total MBFES

Variável		Shapiro-Wilk			Levene	
		Valor de teste	df	sig	Valor de teste	sig
Prazer e papel maternal	Casos	0,933	10	0,475	0,247	0,625
	Controlos	0,935	10	0,247		
Satisfação e crescimento da criança	Casos	0,929	10	0,438	0,092	0,765
	Controlos	0,938	10	0,536		
Estilo de vida e imagem corporal materna	Casos	0,910	10	0,283	0,010	0,920
	Controlos	0,326	10	0,410		
Escala total	Casos	0,950	10	0,410	0,001	0,974
	Controlos	0,978	10	0,954		

Procedemos então à comparação entre grupos recorrendo ao teste t para amostras independentes que revelou não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos controlo e experimental [Quadro 9], logo a hipótese 3, as primíparas alvo da visita domiciliária da enfermeira especialista em SMOG obtêm maiores *scores* relativamente à satisfação com o AM do que as primíparas do grupo controlo, não se verificou, apresentando as primíparas nos dois grupos níveis de satisfação idênticos.

Quadro 9 – Análise das diferenças entre os grupos quanto à satisfação com o AM

Variável	Valor de teste	df	sig.
Prazer e papel maternal*	0,126	18	0,901
Satisfação e crescimento da criança*	-0,079	18	0,938
Estilo de vida e imagem corporal materna*	-0,437	18	0,668
Escala total*	0,166	18	0,870

*Teste t para amostras independentes

4.3 Ansiedade

Quanto à ansiedade estado da mulher aos 3 meses pós-parto, os valores oscilaram entre 20,00 e 56,00, sendo a média de $34,95 \pm 7,99$ pontos.

Para o efeito de comparação entre os grupos, observou-se a normalidade da distribuição recorrendo ao teste de Shapiro-Wilk (casos: Shapiro-Wilk= 0,974; df 10; sig=0,925; controlo: Shapiro-Wilk =0,919; df 10; sig=0,350) e a homogeneidade de variâncias (Levene =1,235; sig=0,281). Observadas estas condições, realizou-se o teste t para amostras independentes, não se verificando também diferenças estatisticamente significativas entre os grupos [Quadro 10], pelo que se rejeita a hipótese 4: as primíparas alvo da visita domiciliária da enfermeira especialista em SMOG apresentam menores *scores* de ansiedade estado aos três meses pós-parto do que as primíparas do grupo controlo.

Quadro 10 – Análise das diferenças entre os grupos quanto à ansiedade estado

Variável	Valor de teste	df	sig.
Ansiedade estado*	1,668	18	0,113

* Teste t para amostras independentes

5. Discussão

De acordo com Fortin (2000) os resultados provêm dos factos observados, sendo analisados e apresentados de maneira a fornecer uma ligação lógica com o problema de investigação estudado.

Neste capítulo refletimos sobre o enquadramento teórico, as opções metodológicas, a análise dos resultados à luz do referencial apresentado, os contributos e as limitações do estudo, as implicações resultantes e recomendações para estudos futuros.

O estudo das perturbações emocionais e psiquiátricas no pós-parto tem evoluído de forma gradual. As investigações neste âmbito iniciaram-se pelo estudo da depressão pós-parto, sendo que, mesmo nos primeiros estudos epidemiológicos, concluiu-se que a elevada probabilidade de ocorrência de depressão da mulher no pós-parto era bastante superior à gravidez, ao mesmo tempo que se verificava que a maioria das mulheres não apresentava depressão durante a gravidez (Figueiredo, 2005).

Entretanto, os resultados da investigação científica começaram a evidenciar uma elevada taxa de mulheres com depressão durante a gravidez, sendo mesmo que muitos estudos apontaram para o facto da história de depressão ser um fator de predisposição para a depressão no pós-parto (Ibidem, 2005).

Tais conclusões corroboram-se nas mais recentes investigações, pelas quais se verifica que os estudos da depressão incidem no pós-parto, enquanto a pesquisa sobre a ansiedade recai sobre o período de gravidez. Assim, a abordagem da ansiedade no pós-parto é um assunto integrado na investigação atual e de emergente interesse, na medida que elevado *score* de ansiedade pode exercer influência negativa na relação da mãe com a criança e, consequentemente, pode acarretar danos futuros na saúde de ambos e na dinâmica familiar.

A saúde mental das mulheres no ciclo gravídico-puerperal é encarada como indiscutível foco de atenção para os profissionais de saúde. As múltiplas mudanças que se desenvolvem ao nível hormonal, afetivo, relacional e social, pressupõem o desenvolvimento e consolidação de uma nova identidade, bem como a reformulação dos papéis enquanto elemento da família (Relvas & Lourenço, 2001), tornam a mulher vulnerável.

A par disto, a atitude da mulher e sua família face à maternidade é bastante variável, flutuando sobre uma enorme carga de sentimentos e emoções, positivos, negativos e

ambivalentes [que independentemente da sua exteriorização] são influenciados por padrões sociais.

As primíparas apresentam uma maior fragilidade, na medida que vivem a experiência de gravidez, parto e maternidade pela primeira vez, o que lhes suscita ansiedade e medo de não corresponder às suas expectativas, às da família e ao padrão de conduta como mãe que a sociedade subtilmente impõe.

É de amplo conhecimento que o período pós-parto é atravessado por significativas mudanças ao nível afetivo, relacional, social e claro, físicas, que instigam a uma maior vulnerabilidade, mas também a emoções únicas, adaptações exigentes e recompensadores sucessos, avocados pelo crescimento e desenvolvimento dos pais enquanto sistema conjugal e parental e família.

A ansiedade enquanto experiência humana está implícita ao processo de transição para a parentalidade, e pode apresentar-se como fator favorecedor ou dificultador da adaptação do casal ao seu novo papel. A transição para a parentalidade inicia-se na gravidez, prolonga-se pelo parto e pelos primeiros meses de vida da criança e é mediada por um conjunto de fatores que provêm da esfera individual à ambiental. Assim, consideram-se, com enorme influência, na gestão da transição para a parentalidade as características psicológicas da mulher, o relacionamento conjugal e o suporte familiar.

Nugent e Brazelton [citados por Canavarro, 2006] caracterizam este período como crítico, por excelência, e por tal, de enorme exigência para os profissionais de saúde, que devem assentar a sua intervenção na educação para a saúde, aconselhamento e reforço positivo na capacitação dos pais no novo papel. Uma parceria efetiva entre pais e profissionais deve resultar na construção de um ciclo saudável de interação entre os pais e a criança com efeitos positivos, a curto e longo prazo, para ambos.

Tal como a saúde mental, o AM também se reveste da influência de múltiplos fatores, que vão muito além do domínio biológico, que acabam por determinar de forma efetiva a sua iniciação/manutenção e sucesso, por tal, é indiscutível a necessidade de centrarmos a nossa intervenção no apoio, proteção e suporte efetivo ao AM. A evidência científica demonstra que o AM não se esgota apenas em circunstâncias biológicas, mas sim abrange a dimensão cultural, social, ao mesmo tempo que, historicamente, remete para uma abordagem multifatorial, transversal e multiprofissional (Ministério da Saúde & Comissão Europeia para a Promoção do Aleitamento Materno, 2004).

Neste contexto importa ainda reter que, apesar de não serem únicos fatores influenciadores, alguns aspetos da esfera emocional e psicológica da mulher – a autoconfiança e a autoeficácia para amamentar – bem como a qualidade da relação conjugal e do suporte familiar são variáveis que parecem exercer influência primordial na duração e exclusividade do AM.

A forma como cada mulher vivencia a experiência do AM e do papel maternal é singular e liga-se, intrinsecamente, às perceções, objetivos e crenças individuais que derivam e confluem na complexidade do ser humano. Por isso mesmo, a mais adequada intervenção de enfermagem deve focar-se e integrar-se nos projetos de saúde e de vida decididos por cada pessoa.

É imperioso que a prática clínica de enfermagem ao longo do ciclo gravídico-puerperal se enraíze no paradigma do cuidar, que vai para além da manutenção da vida, que se funda, fundamentalmente, na defesa da qualidade de vida da tríade mãe/pai/filho, em estreita relação com a família.

A visita domiciliária permite uma visão ampla do contexto de vida familiar, pelo que permite potencializar o efeito dos cuidados e determinar a implementação de estratégias mais eficazes para a resolução de problemas e, sobretudo para a sua prevenção.

A recente reforma no Serviço Nacional de Saúde, em particular a que tem lugar no contexto dos Cuidados de Saúde Primários, veio estimular a intervenção dos profissionais de saúde junto das famílias e ao longo do seu ciclo vital. Ao mesmo tempo, determina novas e ambiciosas exigências, para os profissionais de saúde com responsabilidades na promoção da saúde de grupos mais vulneráveis da comunidade, nomeadamente na área da saúde materno-infantil.

O reconhecimento da visita domiciliária à puérpera e criança como estratégia fundamental para uma efetiva promoção e proteção da saúde, bem como a consideração de critério de qualidade dos cuidados prestados à manutenção do AM exclusivo até aos três meses de vida da criança espelham essa preocupação.

A realização de cursos/programas de preparação para o parto e parentalidade é hoje uma realidade assistencial em saúde. As recomendações são claras e os benefícios têm sido difundidos com base numa forte evidência científica. As recomendações objetivam a antecipação das experiências de parto e parentalidade, de forma a promover a sua vivência de modo mais positivo e consciente, gerando desta forma menor índice de disfunção e mais elevado nível de bem-estar.

No distrito de Viana do Castelo, ao nível dos Cuidados de Saúde Hospitalares, concretamente no Hospital de Santa Luzia de Viana do Castelo, implementou-se de forma efetiva uma política de promoção, apoio e suporte ao AM, que se formalizou, recentemente, pela acreditação como *Hospital Amigo dos Bebés*.

Nos Cuidados de Saúde Primários, a maioria dos Centros de Saúde foi provida de enfermeiros especialistas em SMOG que dinamizam os cursos de preparação para o parto e parentalidade, no entanto, não existem programas assistenciais específicos que se estendam ao pós-parto tardio. A visita domiciliária é uma prática muito difundida e de reconhecido valor estratégico na efetivação da promoção da saúde e é concretizada pelos enfermeiros de família durante os primeiros quinze dias pós-parto.

À luz destas elações e neste contexto assistencial decorreu o estudo de investigação.

No nosso estudo, as primíparas apresentam idades entre os 19 e os 39 anos, e quase metade das primíparas (45%) têm mais de 30 anos, sendo que a idade média da primípara aquando do nascimento do seu primeiro filho foi de 29,5 anos – média superior à média de idade nacional.

O facto de encontrarmos mulheres primíparas a construir o seu projeto de maternidade e vivenciá-lo entre os 18 e os 39 anos, e ao mesmo tempo se considerarmos a média de idades das primíparas aquando do nascimento do seu primeiro filho, caracterizam na realidade atual, e são por tal fruto das emergentes alterações ao nível social, cultural e laboral, que incitam ao adiamento da maternidade, pela priorização da concretização de projetos profissionais, sobretudo pela dificuldade de estabilização económica que caracteriza o contexto social atual.

A maioria das mulheres que integraram o nosso estudo é casada ou vive em união de facto; vive em famílias nucleares e reside em meio urbano.

Atualmente, o tipo de família mais frequente é a família nuclear. O facto da maioria das primíparas em estudo viverem em famílias nucleares, está, possivelmente relacionado com as alterações que se têm verificado nos últimos anos, na estrutura familiar pretendida pelos casais. Contudo, pelas impostas condições sociais e económicas verificamos que existe um número de primíparas a viver em família alargada, o que também pode estar relacionado com as características, tendencialmente, rurais de alguns concelhos do Alto Minho.

A maior parte das primíparas, neste nosso estudo, frequentou o ensino secundário ou o ensino superior, exercem profissões intelectuais e científicas e encontram-se profissionalmente ativas. Neste âmbito, importa referir que presentemente ao nível da educação a escolaridade obrigatória veio elevar o nível de escolaridade das nossas populações

ao mesmo tempo que se evidencia a continuação no investimento da emancipação da mulher, sustentado na formação académica superior. Isto reporta-nos para a verificação de um investimento das mulheres nos seus projetos de maternidade e na frequência de cursos de preparação para o parto e parentalidade na medida em que estão mais informadas.

No nosso estudo, todas as primíparas tiveram assistência pré-natal em unidades de saúde públicas, sendo que algumas usufruíram, ao mesmo tempo, de cuidados de saúde em instituições privadas. Todas as participantes frequentaram o curso de preparação para o parto e parentalidade e assistiram às sessões sobre AM. Salvaguarda-se o facto de algumas mulheres terem recorrido unicamente aos serviços de saúde públicos para a frequência do curso de preparação para o parto e parentalidade. Este facto sustenta a importância da intervenção antecipada – no período pré-natal – por programas de preparação para a experiência de parto e parentalidade na metodologia de intervenção a grupos (Couto, 2006), condição assistencial imprescindível e privilegiada pelos serviços de saúde públicos.

Por outro lado constatamos que a assistência pré-natal não se pode circunscrever à consulta individual médica e de enfermagem, pois é hoje uma realidade frequente que as mulheres procuram preparar-se para o parto e parentalidade, na medida em que o significado da experiência da parentalidade imposto pelas questões sócio culturais e ambientais as impele para o fazerem. A existência de enfermeiros especialistas em SMOG em Cuidados de Saúde Primários veio contribuir também para a melhoria da assistência pré-natal.

A abordagem ao AM, nos cursos de preparação para o parto e parentalidade, permite à mulher aceder antecipadamente a informação clara, adequada e pertinente sobre o processo de AM – conteúdos teóricos e práticos que lhe permitirão iniciar o processo de AM com maior confiança e segurança, e por tal com uma maior probabilidade de eficácia. Os conhecimentos e as habilidades na colocação da criança na mama e na gestão da lactação são aspetos influenciadores da iniciação e da manutenção do AM. Deste modo, a intervenção pré-natal pelo enfermeiro é de extrema importância (Almeida, et al. 2004; Hannula et al. 2008). As orientações da WHO, entre outras entidades, e as recomendações de vários prestigiados autores (Associação Espanhola de Pediatra, 2004, 2008; Levy & Bertolo, 2008, 2012,) corroboram e acendem a relevância destes profissionais na promoção do AM desde a gravidez.

Assim sendo importa compreender de que forma a visita domiciliária da enfermeira especialista em SMOG entre o quarto e o oitavo dia pós-parto, enquanto intervenção experimental, contribuiu para o sucesso do AM e para a gestão da ansiedade estado.

Iniciamos refletindo sobre as condições ambientais que caracterizaram as primíparas, seguindo-se uma análise ao AM, à gestão das intercorrências na mama, à satisfação com o AM e por ultimo, no que se refere à gestão da ansiedade estado.

Um dos indicadores de saúde preconizados pelo Ministério da Saúde em Portugal, diz respeito à assistência pré natal, sendo que o planeamento da gravidez, se apresenta como um fator influenciador da saúde materna e fetal. A este propósito, constatamos no nosso estudo que a grande maioria das primíparas planeou a gravidez.

O facto das mulheres planearam a gravidez está, provavelmente, relacionado com a melhoria das condições de acessibilidade aos serviços de prestação de Cuidados de Saúde Primários. Ao mesmo tempo, e em estreita relação com as exigências de melhoria da acessibilidade aos serviços de saúde, presencia-se um forte investimento na responsabilização, inequívoca, dos profissionais de saúde na divulgação da importância de aconselhamento da população no âmbito do planeamento familiar. A oferta de cuidados assistenciais médicos e de enfermagem à população é uma realidade que tem vindo a contribuir de forma articulada com outros fatores, para a melhoria do diagnóstico de saúde materno-infantil em Portugal aos três níveis de prevenção.

Todos os partos foram de termo e a maioria foi eutócico, seguido do parto por cesariana. Em nenhuma das primíparas do nosso estudo se registou intercorrências puerperais. A maioria das primíparas realizou contacto pele a pele com a criança e amamentaram na primeira hora de vida, tendo todas as crianças mamado leite materno no primeiro dia de vida.

As crianças apresentaram, na sua grande maioria, peso ideal para a idade gestacional, tendo apenas uma minoria registado peso elevado e baixo peso (15% e 5% respetivamente). Quanto à adaptação das crianças à vida extra-uterina, a maioria das crianças revelaram ausência de dificuldade e não se registaram intercorrências no período neonatal.

Um dos indicadores em saúde sexual e reprodutiva que concorre para a diminuição das complicações obstétricas e neo-natais diz respeito à saúde materna. Neste âmbito, os dados em Portugal apontam para o aumento de primeiras consultas no primeiro trimestre, aumento do número de cesarianas, de partos pré-termo e de crianças com baixo peso ao nascer (Machado et al. 2011). Neste estudo verificamos que o planeamento da gravidez constituiu-se uma preocupação, facto que concorre para a importância da vigilância pré-natal adequada, o parto foi na maioria eutócico, no entanto a cesariana foi a mais frequente nos partos distócicos. Inversamente à tendência nacional, o peso das crianças ao nascer, na grande maioria, foi adequado ao tempo gestacional e não se verificaram partos prematuros.

Aleitamento Materno e a Visita Domiciliária

No que concerne ao AM, a decisão de amamentar das primíparas ocorreu antes da gravidez, tendo apenas uma minoria (20%) decidido no decurso da mesma. A tomada de decisão foi em 55% das primíparas por opção pessoal, tendo 45% referido que a decisão foi tomada com o apoio dos enfermeiros. Esta decisão foi partilhada pelos maridos/companheiros na maioria dos casos.

Ferrón, Martinez e Rubini [citados por Pereira, 2006] referem que a influência dos enfermeiros na tomada de decisão em amamentar é evidente. Tal conclusão é corroborada pelo referencial teórico de abordagem à promoção do AM, pois sabe-se que a informação dada pelos profissionais de saúde no período pré-natal e a decisão de amamentar tomada antes do parto são fatores importantes para a iniciação do AM. Branco e Nunes (2003) apontam para uma associação significativa entre a vigilância da gravidez, a idade da mãe e o AM, sendo que se constatou que uma grande parte das crianças amamentadas com leite materno é filho de mães com idade compreendida entre os 25 e os 34 anos e com vigilância de saúde durante a gravidez. Tais resultados vão de encontro aos achados de outros estudos, nomeadamente os estudos de Dubois e Girard, (2003), Donath et al. (2003), Galvão (2006), Levy (1996) e Pereira (2006), os quais revelam que a decisão de amamentar é, muitas vezes, tomada antes da gravidez e que a precocidade da decisão associa-se ao sucesso do AM.

No nosso estudo, e à semelhança de outros estudos (Arora et al. 2000; Ho & McGrath, 2011; Scott et al. 2006), verificamos que o aconselhamento efetuado pelos profissionais de saúde, assim como a atitude do companheiro face ao AM influenciou a decisão de amamentar.

Estes resultados continuam a atribuir à área dos cuidados de saúde uma grande responsabilidade na decisão de amamentar. Assim, aos profissionais de saúde compete a realização de todas as intervenções necessárias para garantir uma tomada de decisão informada, fomentada na promoção de informação adequada sobre AM.

O AM enquanto processo complexo e multifatorial apresenta-se como uma experiência de vida (Silva, 2000), sendo que não é, por si só, suficiente a mulher decidir amamentar, é necessário proporcionar-lhe conhecimentos e condições para que inicie de forma tranquila e segura o AM – conjuntura essencial para a manutenção do AM.

Sendo o parto uma ocasião de especial sensibilidade ao ambiente, as interações e intervenções ocorridas durante este período tem normalmente consequências duradouras em termos emocionais e comportamentais nas mulheres e crianças.

No nosso estudo observamos que nem todas as crianças iniciaram o AM na primeira hora de vida, tal como a WHO (1989) recomenda, o contacto íntimo entre a mãe e filho, imediatamente após o parto, e a sucção frequente na mama, são os melhores estímulos para a secreção do leite. O estabelecimento da mamada na primeira hora de vida verificou-se em 70 % das crianças, valor inferior aos resultados de Dias et al. (2013) com 90% das crianças a estabelecerem a mamada na primeira hora de vida. A este respeito importa refletir sobre as condições e práticas clínicas assistenciais no período perinatal, pois sabe-se hoje que o papel das maternidades na promoção do AM encontra-se bem definido na política *Hospital Amigo dos Bebés*.

Relativamente a este período sensível, recomenda-se a iniciação ao AM logo que possível, preferencialmente até às 24 horas de vida, e ainda a prática do alojamento conjunto para facilitar o horário livre de mamadas (Levy, 1996; Pereira, 2006), pois precocidade da primeira mamada parece ser um fator que favorece uma maior duração do AM. Assim, cabe aos profissionais de saúde que assistem ao parto e nascimento adotar práticas clínicas que favoreçam o processo do AM.

No entanto e dado que não ocorreram intercorrências obstétricas ou neo-natais que justifiquem à priori, a não realização das referidas práticas, consideramos que um dos fatores que o pode explicar seja o tipo de parto ou a recusa da mulher, possivelmente, por desconhecimento dos benefícios desta prática, ou ainda a inexistência de transversalidade de boas práticas clínicas consistentes. Assim sendo, reconhecemos a necessidade de continuar a apostar na divulgação da importância do contacto pele a pele junto das mulheres, aquando da vigilância pré-natal, e dos profissionais de saúde, através da geração de partilha e reflexão multidisciplinar das práticas hospitalares favorecedoras do AM.

Apesar deste resultado, sabe-se que todas as crianças deste estudo receberam leite materno desde o primeiro dia, facto que concorre para uma alta taxa de iniciação ao AM, conforme se encontra disposto na literatura pois sabe-se que a iniciação do AM é elevada caindo gradualmente ao longo do tempo (Levy & Bértolo, 2008, 2012).

Relativamente à manutenção do AM, e tendo em conta que o desmame precoce que se constituiu um processo social cujos motivos tem vindo a ser explorados no sentido de se conseguir conhecer as reais motivações e circunstâncias em que acontece, reconhece-se hoje que mais do que os determinantes biológicos, a influência da família e dos profissionais de saúde se apresentam como condicionantes favoráveis ou não, desta prática (Galvão, 2006; Pereira, 2006).

Da mesma forma, o contexto sociocultural apresenta-se como mediador de influência significativa, quer na sua duração e exclusividade como na satisfação que as mulheres experienciam o AM (Junges et al. 2010).

Facto é que, apesar de se desenvolverem esforços, a taxa de exclusividade em AM, em Portugal, continua afastada do recomendado (Pinto, 2008).

Assim, no nosso estudo, a prevalência de AM exclusivo aos três meses de vida da criança não diferiu de outros estudos realizados em Portugal, sendo de 55%.

Estes resultados, afastam-se das metas preconizadas pela WHO que recomenda AM exclusivo até aos 6 meses de vida da criança e podem advir de fatores de variada índole.

Aos três meses de vida da criança, as primíparas ainda não regressaram à actividade profissional, pois a licença de maternidade contempla actualmente um período de 120 a 150 dias após o nascimento, pelo que as questões laborais, neste estudo, não parecem estar associadas ao desmame precoce.

As influências dos estereótipos da sociedade sobre o papel de mulher e mãe (Nakano et al. 2007; Sarafana et al. 2006), a opinião positiva ou negativa sobre o AM e a atitude de familiares de referência nomeadamente a mãe e o marido/companheiro constituem-se possíveis variáveis condicionantes (Arora et al. 2000; Ho & McGrath, 2011; Scott et al. 2006) verificando-se que podem ter sido fatores concorrentes para os resultados encontrados.

O facto das primíparas serem na sua maioria, oriundas de famílias nucleares pode ter limitado os seus recursos familiares, na medida em que as mulheres podem ter recorrido a outros sistemas de apoio informal, como amigas ou acesso a informações controversas veiculadas por pessoas com algum significado para as mulheres.

O significado e as representações que as mulheres atribuem ao AM são permeadas pelas construções sociais a que foram e são expostas, pelo que numa herança cultural permeada por elevada prática da alimentação artificial, as mulheres podem ter facilmente recorrido à introdução de leite artificial.

As motivações pessoais podem ter sido determinantes, na medida em que é no universo da complexidade do ser humano e do desenvolvimento do papel parental que a mulher define o seu projeto de AM, resultando daí a vontade ou não em amamentar.

Não descurando a vertente sóciodemográfica envolvida no processo de AM, neste estudo as características das primíparas tais como maior idade materna, o facto de serem profissionalmente ativas e com maior nível de escolaridade pode associar-se à taxa de AM exclusivo obtida indo de encontro aos resultados de outros estudos (Barge & Carvalho, 2011;

Sarafana et al. 2006).

Resultados semelhantes aos obtidos neste estudo foram encontrados nos estudos de Alves (2011), Lopes e Marques (2004), Sandes et al. (2007), Sarafana et al. (2006) e Silva (2013) com uma taxa de AM exclusivo de 63,6% aos três meses de vida da criança. Estes resultados corroboram ainda os dados do Ministério da Saúde e do Observatório do AM (2013) relativos à taxa de AM aos noventa e um dias de vida da criança (50,2%).

Relativamente à taxa de AM [exclusivo e predominante] a taxa foi de 70%, aproximando-se este valor dos resultados de Dias et al. (2013).

O mês de idade da criança foi a média de introdução de leite artificial e água/chá, facto que concorre para a diminuição da prevalência de AM exclusivo a partir do primeiro mês, conforme comprovado também nos estudos de Maia (2007), Sarafana et al. (2006) e na literatura (Levy & Bertolo, 2008, 2012).

Os fatores que interferem na cessação precoce do AM são múltiplos, e dizem respeito a várias dimensões, nomeadamente fatores relacionados com mãe, com a criança, com o ambiente social e cultural onde a experiência ocorre e também com o sistema e as políticas de saúde (Thulier & Mercer, 2009; Ministério da Saúde & Comissão Europeia para a Promoção do Aleitamento Materno, 2004).

Dado que a população deste estudo consistia em mulheres com maior vulnerabilidade em perceber experiências com maiores níveis de ansiedade, na nossa ótica, as questões da insegurança materna, a falta de confiança no leite materno e na capacidade de amamentar e a dificuldade em interpretar o choro da criança merecem especial destaque, na medida em que podem estar na génese da introdução precoce de leite artificial (Dennis, 2006; Dunn et al. 2006; Faleiros et al. 2006; Levy & Bertolo, 2008, 2012; Ramos & Almeida, 2003). Pois as características psicológicas das mulheres, nomeadamente a ansiedade traço (Clifford et al. 2006) e elevados estados de ansiedade podem conduzir à introdução precoce de leites artificiais (O'Brien et al. 2008; Paul et al. 2013).

Algumas crenças ou mitos relacionados com a qualidade do leite, tamanho da mama ou a [perceção da] hipogalactia que não foram devidamente desconstruídos ao longo da gravidez e parto podem também estar entre as causas mais importantes da cessação precoce do AM.

Por outro lado, sabe-se que é durante o primeiro mês pós-parto, de plena adaptação à criança que o cansaço materno com o novo papel e práticas como uso da chupeta ou tetinas e o estabelecimento de horários rígidos de AM podem interferir na manutenção do AM, na

medida em que podem confundir a criança e a mãe, dificultar o processo de AM e levar a desadequada progressão ponderal.

Este aspeto induz muitos profissionais ao aconselhamento da introdução de suplementos de leite artificial, pelo que a avaliação da técnica de AM e observação da mama são procedimentos vitais para o sucesso do AM.

A inexperiência das primíparas e a falta de conhecimentos sobre a prática do AM, nomeadamente no que respeita a aspetos mais práticos tais como, como a interpretação de sinais de fome, saciedade e de pega e mamada eficaz poderá ter-se constituído um fator predisponente para a cessação do AM. Contudo, apesar das mulheres terem frequentado sessões teóricas sobre AM durante a gravidez, os conhecimentos, as motivações e a definição de um projeto em AM podem não ter sido explorados de forma clara e consistente. Ao mesmo tempo existem diferenças na metodologia e as estratégias de educação para a saúde de dinamização dos cursos de preparação para o parto e parentalidade.

O grau de aquisição de conhecimentos é diferente em todas as pessoas, assim como as motivações são únicas e complexas, sendo originadas na singularidade de cada um. Porém, parece-nos mais provável que a dificuldade major no aconselhamento em AM não se relaciona com os conhecimentos em si, mas com a necessidade de se compreender a representação do AM para as mulheres. A mulher vê-se confrontada com a responsabilidade de amamentar como um ato de amor, mas nem todas consideram o AM como um processo enaltecendor da relação afetiva mãe-filho (Marques & Pereira, 2010).

Neste sentido, um discurso profissional que não inclua os aspetos psicossociais do processo do AM parece-nos fragmentado. É emergente que os profissionais de saúde se questionem sobre às questões ligadas ao universo da mulher, enquanto companheira e mãe, pois o seu conhecimento e prática constituem um importante instrumento para o aumento das taxas e duração do AM.

Facto é que o AM enquanto processo complexo e socialmente mediado, apresenta-se como um desafio a que os profissionais de saúde devem dedicar atenção, não podendo porém ser avaliado o seu sucesso numa perspetiva biológica nem unicamente suscetível à intervenção dos profissionais de saúde.

Deste modo, neste estudo e no que concerne à prevalência do AM aos três meses de vida da criança, no grupo experimental, os resultados obtidos não foram superiores à taxa obtida no grupo controlo, pelo que a visita domiciliária apesar de se considerar como uma forte estratégia para a intervenção de enfermagem na promoção do AM no pós-parto, não foi

expressiva para o alcance de uma melhor taxa de prevalência do AM, porém também não teve efeitos negativos.

A intervenção implementada teve como objetivo o aconselhamento das primíparas, assim como o fortalecimento das suas capacidades e o relaxamento de forma a minorar os estados de ansiedade e, desta forma, promover o estabelecimento e manutenção do AM. No decorrer da intervenção, constatamos que as primíparas apresentavam alguns comportamentos sugestivos de ansiedade, claramente evidenciando necessidade de ajuda no que diz respeito à prestação de cuidados à criança, à interpretação dos seus padrões de sono e vigília, à eficácia da mamada e à gestão dos problemas com a mama. A presença de pessoas significativas, nomeadamente, o companheiro/marido foi crucial, na medida em que permitiu compreender a dinâmica familiar e a promoção de uma atitude sinérgica face às capacidades e autoconfiança das primíparas para amamentar. As primíparas sentiram-se fortalecidas e mais seguras no seu papel, na gestão dos problemas com a mama e na identificação do comportamento das crianças face ao AM. Deste modo, julgamos que a intensidade e o momento da intervenção [exclusiva e única entre o quarto e o oitavo dia pós-parto] teria gerado maiores ganhos se mantida ao longo do primeiro mês, na medida em que é no final do primeiro mês que a introdução do leite artificial se evidencia. Parece-nos pois que o facto da intervenção experimental não ter revelado evidentes efeitos positivos, não se relacionou com a modalidade da intervenção, mas sim com o facto de ter sido num momento único. Estamos convictos que a continuidade da intervenção em visitas posteriores poderia ter gerado impacto positivo na taxa de AM.

Outro fator que pode estar relacionado com os resultados prende-se com o desconhecimento sobre os objetivos pessoais e metas das mulheres face ao AM, pois para além da decisão em amamentar a definição de objetivos no AM é especialmente importante. O estabelecimento de objetivos implica o envolvimento das mulheres, estimulando a sua capacidade e autoeficácia para a gestão do processo de AM, favorecendo o seu empoderamento e responsabilizando-as pela tomada de decisão em questões relacionadas com a sua saúde e com a saúde da criança.

Embora se verifique investimento nacional e internacional no âmbito da formação e capacitação de profissionais para o aconselhamento em AM, continuam a perpetuar-se práticas clínicas que revelam alguma insuficiência de conhecimentos e atitudes menos favoráveis ao AM.

A par desta inquietação, a ULSAM tem vindo recentemente a dinamizar espaços de

reflexão e de formação em AM, quer nas unidades de prestação de Cuidados de Saúde Primários, quer no âmbito dos Cuidados de Saúde Hospitalares. Tal investimento tem-se espelhado pela realização de cursos para promotores de AM. Contudo, persistem algumas insuficiências e divergências infundamentadas nas práticas clínicas assistenciais, principalmente na intervenção durante os primeiros meses de vida da criança.

A este propósito, importa aludir às recomendações espelhadas pelos estudos, nomeadamente a revisão sistemática da literatura, sobre a intervenção dos profissionais de saúde em AM, de Hannula et al. (2008) que evidencia que durante a gravidez as intervenções mais eficazes são as que envolvem a participação e a discussão da temática do AM com as grávidas.

No período pós-parto, aquando do internamento hospitalar, a iniciativa *Hospital Amigo dos Bebés* associada a práticas educativas que envolvam as mulheres como parceiras ativas no projeto de saúde, e com uma atitude de apoio e encorajamento são estratégias de maior efetividade no sucesso do AM.

Relativamente ao período após a alta hospitalar, a conjugação de visitas domiciliárias com a realização de contactos telefónicos, recursos a espaços de promoção e apoio ao AM e a grupos de apoio na comunidade parecem ser estratégias eficazes no alcance de melhores resultados na prevalência do AM.

Os estudos de Graça (2010) e Filipe (2011) são concordantes com os resultados obtidos. Também o estudo de Bonuck et al. (2005) relativo a uma intervenção sistematizada no período pré-natal, parto e pós-parto em AM com consultores em lactação, as taxas de AM exclusivo nos grupos experimental e controlo não apresentaram diferenças. Ainda no estudo de McDonald et al. (2010) ao observar-se o efeito de um programa de intervenção específico no pós-parto, que incluía uma sessão educacional e visitas domiciliárias realizadas por enfermeiras especialistas SMOG, constatou-se não existirem melhorias na prevalência de AM aos seis meses de vida.

No estudo randomizado de Chapman et al. (2013) relativo à promoção e apoio ao AM onde mulheres com excesso de peso/obesidade foram sujeitas a uma intervenção sistematizada durante o período pré-natal, parto e pós-parto, por pares, revelou que o aconselhamento e apoio ao AM não melhorou a taxa de AM exclusivo aos primeiro, terceiro e sexto mês pós-parto, no entanto à segunda semana pós-parto, no grupo de intervenção observou-se uma maior manutenção do AM. Resultados opostos aos encontrados emergiram num estudo realizado por Bashour et al. (2008) que encontrou taxas de AM exclusivo

superiores nos grupos alvos de uma ou mais visitas domiciliárias. Ainda no estudo de Bonuck et al. (2014) apesar da intervenção não ser efetuada no domicílio, comprovou-se que a intervenção de consultores em lactação no pós-parto em associação à intervenção de profissionais de saúde no pré-natal aumentou a taxa de prevalência de AM aos três meses pós-parto.

Na concordância com os estudos e refletindo sobre os resultados, consideramos que a intervenção foi benéfica para as primíparas, pois constituiu-se um momento de excelência de educação para a saúde e suporte emocional e psicológico para as mulheres, no entanto, é claro que a assistência de profissionais de saúde no processo de AM não se pode circunscrever ao período pré-natal, parto e aos primeiros dias do pós-parto. A visita domiciliária é uma estratégia de intervenção importante na gestão de processo de AM e dos novos papéis que a mulher deve desempenhar.

Gestão de Intercorrências Mamárias e a Visita Domiciliária

Outro fator que pode concorrer ao abandono do AM diz respeito à presença de algumas dificuldades iniciais, nomeadamente o aparecimento de intercorrências na mama.

Neste estudo, constatou-se a sua presença durante o processo de AM, tendo sido identificadas na sua maior percentagem a presença de mamilos gretados seguida do ingurgitamento mamário e em menor frequência manifestou-se a mastite.

Os resultados obtidos vêm de encontro ao quadro referencial apresentado, pois estas dificuldades encontram-se documentadas, sendo comum nas primeiras semanas após o início do AM (Faleiros et al. 2006; Giugliani, 2004; Parada et al. 2005; Parizotto & Zorzi, 2008) e podem concorrer para que as mulheres desistam.

Apesar de todas as mulheres do estudo terem frequentado sessões de AM durante a gravidez e serem assistidas em meio hospitalar, o facto é que as intercorrências surgiram, isto parece-nos estar associado a dificuldades das mulheres na gestão do processo de lactação, quando nos referimos ao ingurgitamento mamário e mastite. E à técnica de AM, no que se refere aos mamilos fissurados.

Estes problemas podem estar associados à falta de conhecimentos e habilidades, falta de confiança e autoestima das mulheres na capacidade de resolução ou também ter sido influenciado pelas práticas clínicas durante a gravidez e nos primeiros dias pós-parto.

Com este estudo não pretendemos avaliar os conhecimentos e habilidades das

mulheres na gestão do processo de AM, no entanto, e partindo do pressuposto que detinham alguns conhecimentos, constatamos que as intercorrências na mama surgiram e que o desenvolvimento de habilidades na prevenção e gestão das intercorrências requer uma aprendizagem assistida e promotora das capacidades das mulheres para a sua resolução. O reforço positivo da capacidade das mulheres para amamentarem e a estimulação de autoconfiança e autoeficácia no processo, assim como uma avaliação eficiente das mamadas por parte dos profissionais de saúde contribui para o alcance de melhores resultados.

Resultados semelhantes aos do estudo foram identificados por Galvão (2006) no estudo relativo aos fatores determinantes para o sucesso do AM, verificando-se que os mamilos fissurados e o ingurgitamento mamário constam das dificuldades sentidas pelas mães com uma percentagem de 19,3% e 15,3% respetivamente. Já nos estudos de Castro et al. (2009) e Saffnaeur et al. (2013) as intercorrências mamárias que incidiram com maior frequência foram ingurgitamento mamário (28,3% e 25% respetivamente) e fissura mamilar (7,6% e 20% respetivamente).

Alguns estudos sugerem uma relação entre a preparação realizada pelas mulheres no período pré-natal sobre processos dolorosos mamários e a sua presença no período pós-parto, sendo que a escassez de informação concorre para o aparecimento das intercorrências (Souza-Filho et al. 2011; Souza, et al. 2009). Contrariamente ao exposto, no estudo de Silva et al. (2011) a presença de fissuras mamilares não se associou às orientações recebidas pelas mulheres no período pré-natal.

Estes factos remetem para a importância do aconselhamento em AM, não se restringir apenas à transmissão do conhecimento da técnica de AM, mas no desenvolvimento de habilidades na realização da pega correcta, posicionamento da criança, na gestão das alterações mamárias durante o pós-parto e numa abordagem que integre as características físicas, psicológicas e ambientais de cada mulher. Como tal, o recurso a outras intervenções como o encontro de grávidas com outras mulheres que amamentam ou amamentaram com sucesso, e facilitar à grávida assistir ao ato de amamentar de outras mulheres é recomendável (WHO, 1989).

Neste estudo era expectável que no grupo experimental as primíparas gerissem eficaz e autonomamente as dificuldades mamárias no processo de AM em maior percentagem do que as primíparas do grupo controlo, uma vez que a integração da visita domiciliária na assistência no pós-parto é uma das estratégias que visa a identificação de necessidades, a resolução de problemas e a capacitação das mulheres na gestão do processo de AM e

desenvolvimento do papel parental, no entanto, nos grupos não se verificaram diferenças estatísticas, porém a intervenção não teve efeitos negativos. Resultados opostos evidenciaram-se no estudo de Alves (2011) em que o grupo alvo de intervenção em grupo de mães para mães apresentou maior prevalência de problemas na mama.

A intervenção implementada foi dirigida para a prática do AM no período pós natal, conforme recomendam os estudos e as orientações da WHO, de forma a minimizar o impacto de problemas mamários e a favorecer a capacitação das primíparas na sua gestão, no entanto, a gestão autónoma deste processo ocorreu em apenas numa pequena minoria das situações (25%), em oposição à gestão com o apoio e ajuda dos profissionais de saúde (65%), nomeadamente com a enfermeira especialista em SMOG que foi o profissional a quem mais recorreram.

A intervenção consistiu na validação do conhecimento das primíparas sobre as alterações mamárias e cuidados a implementar no pós-parto, no reforço das suas capacidades para a gestão das dificuldades e apoio na tomada de decisão, maximizando as suas potencialidades e a confiança materna no desempenho. A observação da mamada, o posicionamento da criança e os sinais de pega e extração eficaz de leite materno, assim como o treino de competências na técnica de AM constituíram-se intervenções de enfermagem implementadas. Contudo, julgamos que o facto de as primíparas estarem em fase de pleno ajustamento não só ao AM mas também à criança e às alterações, físicas, emocionais e sociais decorrentes do parto e nascimento encontram-se mais ansiosas face ao desempenho de múltiplas adaptações, e portanto, ainda num estágio de iniciação no tocante à resolução autónoma das intercorrências mamárias, o que poderá ter contribuído para uma maior necessidade de intervenção dos enfermeiros. Por outro lado, no momento em que a intervenção ocorreu [entre o quarto e oitavo dia pós-parto], deparámo-nos com a existência de alguns problemas com a mama já instalados, pelo que a necessidade de intervenção foi notória e a capacitação das primíparas foi no sentido da resolução dos problemas. Observamos que em algumas situações as mulheres estavam confusas e revelavam alguma inconsistência de informação. O desejo de obter informação clara sobre as medidas a implementar e a validação do seu desempenho em amamentar foram aspetos muito evidentes veiculados pelas mulheres durante a visita domiciliária.

Não obstante, sabe-se que a perceção que cada mulher tem acerca do seu desempenho e confiança no seu papel permeia-se por um conjunto de variáveis psicológicas, como a autoestima, a autoconfiança, a capacidade para se envolver nas situações, tomar consciência

da necessidade de aprender e mudar, estabelecer metas e prever e operar na resolução dos problemas. Competências estas que se adquirem ao longo do ciclo vital e que advêm das múltiplas influências. Assim, apesar da intervenção objetivar a autonomia das mulheres na gestão dos problemas com a mama, a ocorrência de problemas com a mama foi uma evidência e a gestão autónoma das mesmas requereu uma intervenção sistematizada ao longo do processo, pois o sentimento de autoconfiança e autonomia prevê um desenvolvimento gradual de habilidades. Estes resultados poderão estar associados ao facto da visita domiciliária ter ocorrido apenas num tempo único no pós-parto.

Para além dos fatores intrínsecos à personalidade da mulher, outros fatores como a inexistência de um projeto de AM por parte das mulheres pode ter concorrido para os resultados, daí que consideramos que a contratualização de metas poderá constituir-se um modelo a integrar na promoção e suporte do AM.

Recomendamos por isso, a realização da visita domiciliária entre o quarto e o oitavo dia do pós-parto, para o apoio constante e o fortalecimento das competências maternas através de estímulos positivos, a exploração com maior profundidade das motivações, do sentimento de confiança e de competência materna assim como o envolvimento de pessoas mais significativas para a mulher de forma a que gradativamente se alcancem maiores níveis de desempenho e consequentemente uma experiência de sucesso em AM e na valorização da mulher.

A formação contínua em AM, a articulação entre as equipas de saúde familiar e as enfermeiras especialistas em SMOG, assim como a articulação entre os Cuidados de Saúde Hospitalares e Primários devem-se constituir inquietações e eixos de intervenção na problemática do AM, pelo que se recomenda a reflexão contínua das práticas clínicas e dos objetivos das instituições.

Não sendo objeto de estudo, não se sabe qual a preparação das mulheres face à prevenção e tratamento das intercorrências mamárias, assim como, se desconhece o *timing* de instalação das mesmas, nem a intervenção de outros atores que assistiram as mulheres, no entanto, os resultados remetem para a importância da intervenção precoce dos enfermeiros, nomeadamente dos enfermeiros especialistas em SMOG na gestão das dificuldades neste período.

Este facto pode advir de circunstâncias psicossociais e culturais, nomeadamente da relação de proximidade estabelecida durante a frequência no curso de preparação para o parto e parentalidade, do facto de após o parto as mulheres recorram a um profissional

especializado na área, da existência de “cantinhos de amamentação” em alguns Centros de Saúde, da necessidade de se sentirem vinculadas a um profissional de saúde neste processo que auxilie na resolução de problemas ou também pela ausência de suporte familiar e grupos de apoio na comunidade. Tal como referem Zorzi e Bonilha (2006) uma das dificuldades experienciadas pelas mulheres no período pós-parto diz respeito à gestão do processo de AM, que pode ser facilmente conduzido pela intervenção de um profissional de saúde. Para as autoras a enfermeira é o profissional que faz o elo de ligação entre as grávidas e puérperas com os demais profissionais, pelo que a sua assistência ocorre de forma humanizada e individualizada, seja no contexto da instituição de saúde seja no domicílio.

Resultados idênticos emergiram num ensaio clínico randomizado de Oliveira et al. (2006) cujo objectivo era aumentar as taxas de prevalência em AM exclusivo e reduzir a incidência dos problemas na mama durante o primeiro mês pós-parto, através de um momento de aconselhamento na maternidade sobre a técnica de AM. Verificou-se que não se registaram diferenças entre os grupos controlo e experimental, pelo que uma única intervenção não se revelou suficiente para o efeito desejado.

Na análise da eficácia da autogestão de intercorrências mamárias por parte das mulheres, constatou-se discreta produção de conhecimento científico, em contrapartida com a evidência da frequência do seu aparecimento, o que suscita a necessidade de se investigar quais os processos eficazes de capacitação das mulheres para a gestão do processo de lactação no pós-parto.

Na maioria das visitas domiciliárias efetuadas a pessoa significativa que se encontrava no domicílio era o marido/companheiro, revelando por sua vez algumas dificuldades e receios quanto ao processo de AM e especialmente no cuidado à criança. A sua integração na prestação de cuidados à criança, através da demonstração de técnicas e incentivo ao treino das competências parentais em parceria com a enfermeira especialista contribuiu para a gestão das situações, tranquilizando-os no novo papel e estimulando a sua crescente autonomia.

A intervenção da enfermeira especialista em SMOG na visita domiciliária não se restringiu às intercorrências mamárias, mas incluiu a identificação de outras necessidades e prestação de cuidados às mulheres e crianças. Verificamos que as mulheres evidenciaram necessidades quanto ao seu estado de saúde, nomeadamente em relação à presença de sutura e às alterações e cuidados inerentes ao período pós-parto, e em relação às características e comportamento da criança, na avaliação e cuidado ao coto umbilical e na realização do rastreio de doenças metabólicas. Uma das preocupações mais referidas pelas mulheres

relacionou-se com a perda de peso da criança, que apesar de fisiológica foi uma preocupação maior das mulheres, levando-as a solicitar antecipadamente a avaliação ponderal. Estes factos remetem-nos para a indiscutível necessidade de intervir no foco de atenção do papel parental no pré e pós natal, assim como impõem a necessidade de suporte e apoio por parte dos enfermeiros, que devem prestar ajuda prática, desconstruir medos e mitos e proporcionar a segurança e tranquilidade necessária que permita aos pais o desenvolvimento de uma parentalidade positiva. Estas inquietações relativas ao estado de saúde da criança apesar de constarem nos cursos/programas de preparação para o parto e parentalidade devem ser alvo de maior reflexão e consequente intervenção, devendo ser criados mecanismos de articulação entre os vários níveis de cuidados e as diferentes equipas que assistem as mulheres no sentido de se uniformizar práticas clínicas e definir critérios de risco para avaliação ponderal conforme preconizado.

Satisfação com o AM e a Visita Domiciliária

A satisfação com a experiência de AM é uma vivência única e relaciona-se com a percepção da mulher no que respeita às dimensões relacional, sexual, profissional, físico-corporal (Kuschnir, 2008) e interação com a criança (Carrascoza et al. 2011).

Relativamente à satisfação com o AM, os resultados mostram que foi elevada, apresentando valores próximos aos totais da escala, indo de encontro aos estudos de Alves (2011), Galvão (2006) e Graça (2010). A média ponderada total da escala é elevada 4,18, tendo a subescala prazer e papel maternal tido a média ponderada mais elevada (4,47) e a subescala estilo de vida e imagem corporal a mais baixa (4,04) resultados aproximados aos de Alves (2011) e Graça (2010).

Em virtude da intervenção implementada objetivar o favorecimento da transição para a parentalidade, nomeadamente no processo de AM, era expectável que no grupo experimental se verificassem melhores *scores* relativamente à satisfação com o AM, no entanto, esta condição não se verificou.

Na dimensão do prazer e papel maternal, a mulher centra-se na satisfação com o seu desempenho de mãe e na relação estabelecida com a criança. É consensual que a ligação entre a mãe e a criança é mediada por fatores ligados às características da mãe, da criança e a fatores ambientais, como a experiência da gravidez e parto e o suporte familiar percebido (Figueiredo, 2003), pelo que a sua percepção sobre a função parental é influenciada pelas

circunstâncias experienciadas e não apenas com o processo de AM.

Neste estudo, verificou-se que a visita domiciliária não influenciou os níveis de satisfação da primípara relativamente ao prazer e papel maternal, o que nos impele para a continuação do investimento na promoção do AM em prol da sua componente biológica e social. Tal deve acontecer, não apenas objetivando a condição prioritária da saúde implícita mas também a forma como as mulheres que amamentam se inserem na sociedade e na família, pois o AM desde há muito tempo que se caracteriza como um processo híbrido (Almeida & Gomes, 1998).

Uma experiência de AM positiva relaciona-se com o sentimento de gratificação pela promoção do desenvolvimento e bem-estar do filho (Nakano, 2003). O poder de gerar e alimentar adequadamente a criança empodera as mulheres no seu papel de mãe. A este poder acrescem-se as expectativas da sociedade e a necessidade de desenvolver um novo papel em relação à criança (Abuchaim & Silva, 2006). O enfoque da mãe centra-se na responsabilidade e no bem-estar da criança, pelo que o processo de AM influencia o papel e a satisfação da mãe, sendo que experiências menos positivas podem afetar esta relação, em particular, a continuidade do AM, pois um dos fatores de cessação precoce deriva do comportamento da criança.

Os resultados obtidos, apesar de revelarem ausência do efeito da visita domiciliária, evidenciam elevado nível de satisfação, o que vai de encontro aos resultados de outros estudos, pois a satisfação com o AM relaciona-se não apenas com a sua duração mas também à ligação vinculativa entre a mãe e a criança (Machado & Bosi, 2008).

A dimensão da satisfação da primípara relativamente ao estilo de vida e imagem corporal obteve os valores mais baixos e também não se registaram diferenças entre os grupos experimental e controlo. A este respeito importa tecer algumas considerações relativas à dinâmica vivencial que o nascimento da criança e o processo de AM impõe na família.

O período puerperal apresenta-se como um período extremamente marcante na vida da mulher, na medida que envolve num processo de constante adaptação a novos papéis e responsabilidades atribuídas à condição materna (Canavarro, 2001). No entanto, este período apresenta-se, frequentemente, negligenciado, na medida em que o enfoque se dirige muito mais para a criança e se verifica a necessidade da mulher assumir o papel de mãe de imediato e sem dificuldades (Nakano, 1996; Salim et al. 2010). Por outro lado, o ato de amamentar assume um carácter social e cultural permeado pelos sentimentos gerados entre a mãe e a criança (Araújo et al. 2008).

Na vivência destas duas realidades - o papel de mulher e nova mãe - o processo de AM, envolve a mulher em sentimentos e emoções que marcam a sua forma de estar e de se relacionar com o seu corpo e com o seu companheiro. Para Kuschnir (2008), a relação entre ser mulher e ser mãe, desenvolvida após o nascimento da criança acaba por gerar diversos conflitos relacionados com a própria identidade das mulheres. A inquietação com o corpo afeta as mulheres e pode moldar a sua vivência conjugal (Salim et al. 2010). Assim, a intervenção dos profissionais de saúde neste período, não pode descurar a dimensão da sexualidade neste período na medida em que os casais em plena adaptação ao novo papel necessitam de reestruturar a sua relação.

A necessidade de reorganização de papéis imposta pela condição materna e pelo processo de AM, condiciona a forma como a mulher se relaciona consigo própria e a vivência da relação conjugal. A mulher tende a centrar-se na relação com a criança descurando as relações intra e interpessoais (Nakano, 1996). Sendo assim, é importante apoiar a mulher na descoberta de estratégias que respeitem e integrem os seus desejos na conciliação da vivência da maternidade e da conjugalidade (Alves, 2011; Graça, 2010).

Os resultados obtidos corroboram os resultados evidenciados no estudo de Kramer et al. (2008) no qual apesar da intervenção experimental levar a uma maior taxa de prevalência de AM exclusivo (43,3% versus 6,4% aos três meses) não se verificaram melhores índices de satisfação da mãe na relação com a criança nem com o companheiro.

No estudo de Cooke et al. (2003) onde se descreveu a relação entre a experiência de AM, a satisfação com o AM, através da MBFES, e a cessação do AM nos primeiros três meses pós-parto, os resultados apontam para a existência de uma relação entre o surgimento de problemas com o AM e uma redução na subescala MBFES, mas não com a cessação do AM. A subescala satisfação e crescimento da criança foi negativamente associada com a perceção de hipogalactia e associada positivamente com o ingurgitamento mamário. Em outro estudo, em 2007, os mesmos autores, ao avaliarem as relações existentes entre *stress* materno, cessação do AM, problemas com o AM e prazer com o papel maternal no AM, concluíram que mulheres com alta satisfação com o papel maternal tinham menor propensão para cessação do AM [mesmo na presença de intercorrências mamárias] do que as mulheres com baixa satisfação com o papel maternal. A angústia materna caracterizada através da escala de *edimburgh* e *scores* de ansiedade não foram relacionados com a interrupção do AM, quando analisados isoladamente. A relação entre a interrupção do AM e angústia pós-natal variou de acordo com o nível de satisfação com o papel maternal. A este propósito, para os autores

existe uma relação complexa entre a identidade materna, a interrupção precoce do AM antes do desejado e sofrimento psicológico, pelo que mulheres cujo papel maternal está fortemente ligado à importância do AM devem beneficiar de avaliação e apoio psicológico.

Os resultados obtidos neste estudo podem estar associados a vários fatores, nomeadamente fatores ligados às características da personalidade, tais como a autoconfiança, segurança, autoestima e os estados psicológico e emocional (Dennis, 2006; Dunn et al. 2006). A existência de uma rede de suporte familiar (Galvão, 2006) e as características do meio sociocultural são concorrentes para a satisfação na vivência da experiência de AM, pelo que existem fatores que podem ser modificáveis, principalmente, através uma intervenção alargada a vários sistemas e em vários momentos.

Por outro lado, a satisfação com o AM pode ser vista pela mulher de diferentes prismas, e o significado que lhe é atribuído varia em função das representações que cada mulher formula (Carrascoza et al. 2011).

Desde a gratificação oferecida pela capacidade de poder alimentar a criança, a idealização e prazer com papel de mãe, ao reconhecimento da sociedade e ao bem-estar da criança, outros sentimentos menos positivos podem surgir, nomeadamente o cansaço materno, medo da censura pela interrupção do AM e dificuldade em gerir outras tarefas e relações podem estar presentes. Assim, é neste universo plurifacetado que a mulher exprime a sua vivência em relação ao AM. A intervenção junto da mulher é importante, no entanto poderá não ser a única na medida em que outras variáveis também operam.

Na visita domiciliária observamos as primíparas numa fase inicial de adaptação ao período pós-parto e à criança, onde revelaram necessidades de informação, evidenciando-se claramente, a necessidade de validação das suas preocupações e das suas capacidades. Questões como ser capaz de amamentar a criança e de lidar com as tarefas domésticas sobressaíram nos seus discursos. Por outro lado, constatamos a necessidade de tranquilizar as mulheres e seus maridos/companheiros, quanto à gradual adaptação às mudanças exigidas quer a nível individual, quer ao nível da dinâmica familiar.

Desde a exploração dos ganhos em saúde e das dificuldades no processo de AM, passando pela observação da mamada, a contextualização cultural de cada mulher e a adaptação que cada casal deve operar na sua dinâmica enquanto casal e pais, foram aspetos chave contemplados na visita domiciliária. O recurso à entrevista pós-natal preconizada no Manual de Orientação para Profissionais de Saúde (Ministério da Saúde, 2006) foi fulcral na identificação das reais necessidades das primíparas. No entanto a intensidade da intervenção

pode ter influenciado os resultados, na medida em que a assistência psicossocial neste período deve ser contínua e fortalecida à medida que a mulher adquire mestria no seu papel.

Provavelmente, um enfoque no processo de AM desprovido de um conhecimento aprofundado das expectativas e representações sobre o AM e o papel parental das mulheres poderá ter contribuído para estes resultados, no entanto, não se observaram efeitos negativos decorrentes da intervenção.

Reconhecer a saúde e o bem-estar das mulheres, criança e família, e o impacto do acontecimento na vida destes atores não pode ser só considerado e avaliado do ponto de vista biológico mas deve também valorizar as vertentes psicológica, familiar e social. Tal remete para a necessidade de intervenção estruturada durante a gravidez e perdurar pelos primeiros meses de vida da criança, de modo a favorecer a consecução do papel maternal e a restaurar o equilíbrio na família.

Tarefas como a conciliação da criança imaginária com a real, o temperamento e as demais características, a capacitação no desenvolvimento de competências parentais, o ajustamento materno aos novos papéis e o envolvimento ativo dos maridos/companheiros nesta etapa foram focalizadas, porém, julgamos que com uma intervenção de carácter mais duradouro os ganhos seriam majorados.

A inclusão destes focos nas consultas de vigilância pré-natal e nos cursos de preparação para o parto e parentalidade é emergente. Ao mesmo tempo é fulcral que se invista na preparação dos casais para a gestão da transição imposta pelo nascimento da criança e se criem condições para que os maridos/companheiros possam participar ativamente neste processo, maximizando as suas vivências e potenciando a possibilidade no alcance de maiores níveis de bem-estar.

As variáveis família e contexto sociocultural exercem uma grande influência no que toca à satisfação com o AM e, provavelmente, são merecedoras de maior atenção em futuras investigações.

Ansiedade Estado e a Visita Domiciliária

A transição para a parentalidade catapulta mudanças e adaptações ao nível individual, conjugal e familiares (Colman & Colman, 1994; Relvas, 2001; Figueiredo et al. 2006). Ao mesmo tempo, o período perinatal é uma altura especialmente sensível e propícia ao exacerbamento de sintomatologia ansiosa ou depressiva. A ansiedade materna puerperal afeta

a constituição do sucesso da experiência da maternidade (Beltrami et al. 2013) pelo que se torna necessário proceder à avaliação da ansiedade materna pois apresenta-se como um indicador relevante para a identificação de riscos para a saúde mental da mulher e para o desenvolvimento da criança (Correia & Linhares, 2007; Mina et al. 2012).

A intervenção de enfermagem, com recurso à visita domiciliária pretendeu a redução do nível de ansiedade estado através do apoio psicológico e emocional, da utilização de musicoterapia e da execução de técnica de relaxamento. As primíparas mostraram-se recetivas, disponíveis e reconheceram o relaxamento como uma estratégia para o sucesso na gestão das emoções e no auxílio na interpretação das características e necessidades da criança. Após a realização da técnica de relaxamento referiram sentir-se menos angustiadas, mais seguras e mais confiantes nas suas capacidades. A inclusão dos maridos/companheiros nesta dinâmica fomentou a compreensão destes face à importância da vertente emocional nesta etapa de transição, em particular, na gestão do AM e no desenvolvimento do papel parental. O reforço positivo, a validação do desenvolvimento das competências parentais e, sobretudo a confiança transmitida pelas enfermeiras especialistas em SMOG influenciou positivamente a forma como as primíparas e seus maridos/companheiros vivenciaram os primeiros dias em casa com a criança.

No que respeita ao nível de ansiedade estado da mulher aos três meses pós-parto, a média situou-se em 34,95, estando presente em ambos os grupos. Estes valores são idênticos aos de outros estudos efetuados no puerpério (Aragaki et al. 2006; Primo & Amorim, 2008; Sisk et al. 2006). Entre os grupos não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$) pelo que não se confirmou a hipótese que as mulheres sujeitas à visita domiciliária com a realização de técnica de relaxamento obtivessem menores níveis de ansiedade estado.

Alguns fatores podem ter concorrido para estes resultados.

A ansiedade estado no pós-parto é influenciada por múltiplas variáveis extrínsecas à personalidade da mulher, podendo as mulheres experienciar um alto nível de ansiedade, e que não se circunscrevem unicamente às mudanças eminentes da primeira semana pós-parto e ao início da lactação. O alto nível de ansiedade associa-se a todo o processo de ajustamento ao papel de mãe e à reestruturação de outros papéis que, decorrem nos primeiros meses após o nascimento da criança. A importância das mulheres se sentirem seguras, quer no processo de AM quer no cuidado da criança é fundamental para a sua vivência emocional. Tal como concluído no estudo de Shimoda e Silva (2010) as mulheres expressaram sintomas associados a depressão, *stress* e ansiedade durante o puerpério, pelas dificuldades com o AM

ou devido a problemas familiares.

A existência de fatores protetores, que concorrem para a diminuição da ansiedade puerperal, tais como, a constância de suporte social e a qualidade do relacionamento com o companheiro (Baptista et al. 2006; Figueiredo et al. 2013) - que foram variáveis não contempladas neste estudo - e que podem ter influenciado os resultados, e o facto da intervenção realizada, apesar de sustentar num paradigma holístico e humanizado se circunscrever a um momento único no pós-parto podem ter concorrido para os resultados. O momento de avaliação - três meses após o parto - poderá ter sido demasiado longo para se verificar o impacto da intervenção implementada.

Neste contexto importa ainda referenciar Mercer (2004) que na sua teoria de consecução do papel maternal aponta para que após os quatro meses pós-parto as mães já têm redefinido a sua identidade, integrando o papel maternal, manifestado por competência no seu desempenho. Aos três meses de vida da criança, o nível de ansiedade percebido pelas primíparas pode ter sido influenciado pela adaptação efetuada até então.

Em relação a outros estudos, e com a utilização do mesmo instrumento, foram encontrados valores superiores, tal como aconteceu no estudo de Faisal-Cury e Menezes (2006) com *scores* de 44,8% no final do primeiro mês pós-parto, os quais estavam relacionados com a presença de intercorrências mamárias e com a criança. Valores inferiores foram encontrados no estudo de Britton (2005) com *score* de 24,9% de ansiedade puerperal numa amostra de mães americanas, antes da alta hospitalar com crianças de termo. A este propósito, sabe-se que a ansiedade no puerpério é menos frequente do que na gravidez, e ainda que os *scores* de ansiedade vão diminuindo ao longo do período puerperal (Van Bussel et al. 2009; Heron et al. 2004; Sisk et al. 2006). Os motivos que parecem explicar os referidos achados prendem-se com fatores de ordem psicossocial e fisiológica, que se evidenciam com o concretizar do nascimento e com a capacidade de ajustamento das mães ao papel parental.

Neste sentido, e contrariamente aos resultados obtidos por Primo e Amorim (2008), a utilização da técnica de relaxamento na realização da visita domiciliária cujo objetivo consistia em promover o relaxamento das primíparas, de forma a minimizar possíveis transtornos de lactação, nomeadamente situações de hipogalactia ou ingurgitamento mamário, não reduziu o nível de ansiedade percebido pelas primíparas aos três meses pós-parto e não interferiu na duração e exclusividade do AM, no entanto também não surtiu efeitos adversos.

A este propósito no estudo de Paul et al. (2013) que visava determinar a prevalência da

ansiedade durante a hospitalização no período pós-parto, e a avaliar a sua relação com a duração do AM e a necessidade de cuidados de saúde após a alta, observou-se que a ansiedade estado foi frequente durante o período de internamento hospitalar e no período pós-parto associando-se a uma necessidade crescente de cuidados de saúde após a alta e a redução da duração do AM. Facto este que não se verificou no nosso estudo, na medida em que a prevalência do AM não diferiu de outros estudos, nos quais não se verificaram as características das mulheres face à ansiedade traço e estado.

A realização deste estudo teve vários aspetos positivos.

O seu objetivo evoluiu de uma revisão da literatura que compreendeu vários aspetos que permeiam a vivência das mulheres na transição para a parentalidade e durante o processo de AM, problemas actuais e sensíveis aos cuidados de enfermagem, e portanto alvo de continuada investigação. Associamos à condição de primíparidade, a característica da ansiedade traço ≥ 40 , asseguramo-nos que as mulheres frequentaram cursos de preparação para o parto e parentalidade, e que tiveram acesso a informação prévia sobre as questões do AM. Implementamos uma intervenção experimental entre o quarto e o oitavo dia pós-parto, em contexto domiciliário às mulheres/famílias. Estudamos os ganhos daí resultantes na sua relação com duração e exclusividade do AM, na gestão e resolução de intercorrências mamárias, na satisfação das mulheres com o AM e no nível de ansiedade estado. As variáveis de pesquisa foram definidas e operacionalizadas tendo evoluído a partir do quadro teórico. Os instrumentos utilizados apresentaram boa consistência interna. Os resultados apesar de não reverterem efeitos positivos também não foram adversos.

A realização deste estudo conduziu à obtenção de contributos para a prática clínica de enfermagem, na medida em que equacionamos uma intervenção de carácter inovador na visita domiciliária de enfermagem, com ganhos resultantes ao nível da relação com as primíparas/famílias, na vivência do processo de transição para a parentalidade e do AM e na gestão das vulnerabilidades iniciais do processo de AM e do cuidado parental. A importância de uma intervenção clínica alicerçada nos aspetos biopsicossociais da transição para a parentalidade e do processo de AM é inequívoca, pois ambos os processos são marcadamente influenciados pelos contextos ambientais, nos quais se inserem os enfermeiros.

O estudo da ansiedade, nomeadamente do estado e traço, implicou um aprofundamento do conhecimento na gestão do processo da ansiedade, assim como nos permitiu integrar e avaliar a ansiedade como condição de potencializadora ou inibidora de crescimento/desenvolvimento das mulheres que assistimos. O recurso ao inventário STAI

clarificou a nossa percepção, sobre a importância deste instrumento na avaliação que as mulheres fazem acerca das suas características individuais face à percepção de situações ameaçadoras e dos níveis de ansiedade estado que vivenciam. Concluímos que, a avaliação da ansiedade traço nas mulheres através do inventário STAI se afasta muitas vezes das nossas percepções empíricas sobre as características da personalidade das mulheres no tocante à ansiedade, pelo que recomendamos a sua utilização na prática clínica, enquanto instrumento facilitador da identificação de necessidades e da definição de intervenções de enfermagem ajustadas à singularidade das situações de cuidados.

A utilização da MBFES apresenta-se também como um instrumento que nos permite avaliar a experiência de AM na percepção individual das protagonistas, em torno de domínios que conjugam o “ser mãe”, “ser nutriz” e o “ser mulher” e portanto elacionar os ganhos de um ponto de vista mais subjetivo que constitui a experiência do AM. O conhecimento aprofundado das percepções das mulheres que amamentam sobre o AM é crucial para a prática clínica, pois, na nossa opinião, uma avaliação do AM que se restrinja à sua duração e exclusividade parece-nos algo redutora, pois o AM é uma experiência individual complexa e familiar. É necessário que os profissionais que assistem as mulheres durante o processo de AM integrem de forma distinta as suas famílias, realidades e expectativas, de modo a concretizar uma experiência de AM com sucesso.

Na discussão dos resultados importa ainda analisar as opções metodológicas e as limitações do estudo.

Este estudo apresenta algumas limitações.

A dimensão da amostra apresenta-se como uma limitação, pois não permite a generalização de resultados devendo estes ser analisados na íntima relação com a população em estudo. A propósito desta limitação, estamos convictos que se a amostra fosse de maior dimensão muito provavelmente os resultados teriam trajetória diferente.

O facto de optarmos por uma investigação pré-experimental, onde não foi feita avaliação dos conhecimentos/motivação/tomada de decisão das primíparas face ao processo de AM poderá ter sido limitativo. Apesar das mulheres conhecerem as enfermeiras dinamizadoras da intervenção, o facto da visita domiciliária ter sido realizada pelas enfermeiras especialistas de forma inovadora pode ter condicionado os resultados, na medida em que à experiência vivida possa ter sido atribuído um maior interesse gerando nas mulheres ainda maior vulnerabilidade.

Neste processo, o recurso das mulheres a outro tipo de apoio, nomeadamente a amigas e familiares ou grupos de apoio também não foi controlado, assim como também se desconhece os conteúdos e estratégias utilizadas nos cursos de preparação para o parto e parentalidade no respeitante às sessões sobre AM e sobre ajustamento parental pelo que podem ser variáveis de confundimento.

Relativamente aos instrumentos de colheita de dados, consideramos que estes se adequaram aos objetivos do estudo. Pese embora, consideremos que poderia ter sido significativo incluir no questionário sobre AM a alimentação da criança na alta hospitalar e no final do primeiro mês de vida.

Por outro lado, consideramos que teria sido uma mais-valia para o estudo ter-se procedido à avaliação da ansiedade estado em vários momentos: durante a gravidez, nos dias após a intervenção experimental e no final do primeiro mês pós-parto, pois teríamos uma avaliação dos níveis de ansiedade experienciados neste ciclo e do impacto real da intervenção.

Na ótica da transição para a parentalidade, vista como um processo de adaptação familiar e o AM como um fenómeno mediado também por influências familiares, dado que a intervenção se dirigiu à primípara e família, a avaliação da satisfação da família com o processo teria interesse. Poder objetivar ganhos na família enquanto unidade de cuidados é uma meta. Perante os resultados consideramos que é necessário incluir a família o mais breve possível no processo de AM, assim como se tornou evidente a necessidade de investigarmos as condições físicas e psicológicas das mulheres, as dificuldades encontradas no processo de AM, as possibilidades de apoio no seu contexto social e as condições ambientais que as envolvem.

Possivelmente a inclusão de uma abordagem anterior ao parto, tendo em vista a formulação de metas por parte das mulheres/maridos/companheiros poderia ter contribuído para o sucesso da intervenção, pois a combinação de várias abordagens num período mais alargado parece ser mais eficaz do que intervenções concentradas num único momento e num único método (Hannula et al. 2008).

A assistência de enfermagem após a alta hospitalar deve iniciar-se na primeira semana pós-parto e prolongar-se durante os primeiros meses de vida da criança. A visita domiciliária é uma estratégia de intervenção primordial e deve ser realizada na primeira semana após o parto e durante o primeiro mês de vida da criança, em função das necessidades das mulheres/crianças e famílias. As intervenções de enfermagem na visita domiciliária devem direcionar-se para os aspetos biológicos do cuidado à criança, do processo de AM e das

múltiplas alterações operadas na mulher, mas sobretudo incidirem nos aspetos psicossociais que permeiam a consecução do papel maternal e a vivência do processo de AM na mulher e as suas repercussões e interações na dinâmica familiar. A abordagem da ansiedade materna puerperal deve incluir o apoio emocional, o aconselhamento e a técnica de relaxamento associada a musicoterapia, pois tornar-se mãe implica uma apreciação, descoberta, aprendizagem e aceitação de um novo papel. Neste período as mulheres têm menor controlo das situações nas suas vidas e menos tempo para si próprias. As responsabilidades parentais do cuidado à criança, o processo de AM e as mudanças que caracterizam o pós-parto podem constituir-se fontes de frustração, cansaço e ansiedade, pelo que a intervenção deve ser consistente no tempo e incluir os restantes elementos da família.

A assistência de enfermagem deve pautar-se pela assunção de um compromisso com as mulheres, proporcionando apoio técnico e afetivo ao longo do processo de AM e de transição para a parentalidade de forma a ajudar as mulheres a lidar com as emoções e constrangimentos que concorrem para que se sintam realizadas, possibilitando o sucesso do AM e a assunção ao papel de mulher e mãe.

Assim, face aos resultados do estudo e à análise das práticas assistenciais recomendamos:

- a) Que o apoio ao AM inclua a avaliação da confiança materna e os objetivos pessoais face ao AM e a ansiedade traço das mulheres. A avaliação de estratégias de intervenção face a estes fatores de vulnerabilidade é uma prioridade e portanto alvo de posterior investigação;
- b) A continuidade de estudos experimentais que analisem o impacto das intervenções dos enfermeiros especialistas em SMOG nos cursos de preparação para o parto e parentalidade e na visita domiciliária no âmbito promoção da transição para a parentalidade e da promoção do AM;
- c) A realização de mais estudos que contemplem a avaliação das características das mulheres e a sua relação com o AM e a satisfação do AM como experiência individual e familiar;
- d) A implementação de programas de preparação para o parto e parentalidade com continuidade no pós-parto;

e) A formação contínua dos profissionais que assistem as mulheres na área da saúde materno-infantil sobre o processo de transição para a parentalidade e a gestão de ansiedade.

Conclusões

O presente estudo sustentou-se na premissa que a intervenção de enfermagem contribui para a melhoria da saúde e bem-estar das pessoas e famílias, gerando ganhos em saúde. O Plano Nacional de Saúde para 2004/2010 remete para estratégias de intervenção ao longo do ciclo vital e o Plano Nacional de Saúde para 2012/2016 sugere a monitorização de indicadores que visam a promoção de contextos favoráveis à saúde. Este documento reconhece as necessidades e estratégias de intervenção específicas, em cada fase do ciclo vital, dando primazia à família e a outros *settings* de intervenção.

Nos projectos *Nascer com saúde, Crescer em segurança* assume-se a importância da realização de intervenções no âmbito do planeamento e acompanhamento da gravidez, da preparação para o parto e parentalidade, dos estilos de vida saudáveis da grávida, do aleitamento materno e das relações parentais. Na *vida adulta produtiva* acentuam-se os problemas ligados à saúde reprodutiva e à saúde mental nas mulheres, recomendando intervenções a nível dos estilos de vida saudáveis, promoção da saúde mental e da cultura de participação ativa e de responsabilização pela sua própria saúde.

A articulação destas orientações estratégicas com os programas de saúde implementados ao nível do contexto assistencial em Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente nos Centros de Saúde da ULSAM, é uma realidade aferida pela existência de programas de preparação para o parto e parentalidade e pela realização da visita domiciliária no puerpério. Relativamente aos Cuidados de Saúde Hospitalares, o Hospital de Santa Luzia de Viana do Castelo apresenta-se como uma instituição acreditada *Hospital Amigo dos Bebés*. Ao mesmo tempo, vários dispositivos de formação têm vindo a ser desenvolvidos e são exemplos do interesse e objetivos da instituição.

Assim, optamos por este estudo, na medida em que relativamente à promoção da saúde mental no pós-parto, a assistência às mulheres enquadra-se na saúde familiar, desconhecendo-se iniciativas ou programas específicos no distrito. Pela disponibilização de enfermeiras especialistas em SMOG nos Cuidados de Saúde Primários que assistem as mulheres no ciclo gravídico-puerperal, será importante perspetivar ganhos em saúde decorrentes da intervenção da enfermagem especializada em SMOG, nomeadamente em situações de maior vulnerabilidade que exijam cuidados com maior complexidade.

Posto isto, chega o momento da apresentação das principais conclusões.

Iniciaremos com as conclusões relativas à revisão bibliográfica, seguido pelos resultados decorrentes do estudo, tendo por base a questão de investigação que norteou o estudo, e terminaremos elencando as implicações para a prática clínica de enfermagem na promoção da saúde mental e AM.

Da Revisão Bibliográfica

A revisão bibliográfica efetuou-se em torno de duas vertentes: a transição para a parentalidade e o processo de AM, fenómenos geradores de ansiedade, mudanças, aprendizagens e vivências únicas. Cada pessoa apresenta características singulares plurifacetadas influenciadas pelo domínio familiar e social, pelo que gere de forma diferente a crise de desenvolvimento impulsionada pela chegada de um filho.

A transição para a parentalidade apresenta-se como foco de atenção para a prática de enfermagem, comportando mudanças e reorganizações, sendo também influenciada pelos contextos sociais e ambientais. Como processo de mudança é geradora de sentimentos e emoções que podem derivar em equilíbrio ou em disfunção.

A transição para a parentalidade inicia-se na gravidez e desenvolve-se à medida que os pais adquirem competências e responsabilidades no cuidado à criança.

Vista como uma crise de desenvolvimento implica a realização de tarefas desenvolvimentais, que se iniciam durante a gravidez e se prolongam após o parto, sendo uma oportunidade de desenvolvimento e crescimento pessoal, conjugal e familiar ou, pelo contrário, um processo gerador de vulnerabilidades e desgaste psico-emocional e físico. A sua consecução assume particular importância na transição e adaptação ao papel parental, bem como para o desenvolvimento psíquico e social da criança, com repercussões ao longo da sua vida.

Mercer (2004) refere-nos que a identidade materna se inicia na gravidez - fase preparatória - com a aceitação e adaptação à mesma, idealização do papel de mãe e estabelecimento da relação com a criança ainda *in útero*. O papel maternal evolui com o nascimento da criança, altura em que a mãe inicia a prestação de cuidados. Nesta fase, os profissionais de saúde apresentam-se como modelos. Assumem um papel preponderante de suporte, esclarecimento e constatação das capacidades das mulheres no papel maternal. A mãe acaba por desenvolver perícia no cuidar, integrando as suas representações anteriores e objetivos futuros. A consecução do papel maternal termina, cerca dos 4 meses após o

nascimento, quando a mãe interioriza o papel, percebendo um sentimento de harmonia, confiança e competência no seu desempenho.

Numa etapa do ciclo vital marcada pela importância da assistência em saúde, a intervenção dos profissionais que assistem os casais contempla várias vertentes, desde o domínio biológico, psicológico, familiar ao social. Os enfermeiros, na prática profissional, tomam como foco de atenção os projetos de saúde de cada pessoa, e através das suas intervenções podem favorecer esta transição e adaptação. O objetivo final é alcançar maior nível de bem-estar, numa lógica de cuidados antecipatórios, ao nível da promoção e restabelecimento da saúde (Meleis, 2010) e da promoção da parentalidade.

A promoção da saúde mental durante a gravidez e puerpério é uma preocupação actual (Ministério da Saúde, 2006). Apesar de amplamente divulgada nem sempre tem sido devidamente explorada e aplicada à prática. O pós-parto é um período de grande vulnerabilidade durante o qual se podem desenvolver perturbações psiquiátricas. Deste modo, a atuação dos profissionais que assistem as mulheres deve ser consistente e sinérgica privilegiando a articulação aos diferentes níveis de prevenção.

A conjugação de uma intervenção focalizada na avaliação de fatores de maior vulnerabilidade e de proteção deve pautar a intervenção ao longo do ciclo gravídico-puerperal. As estratégias de abordagem implicam a potencialização da assistência da gravidez, através do envolvimento do pai na consulta pré-natal, avaliação do estado emocional da grávida, identificação das situações de risco psicossocial, implementação da visita domiciliária, realização de cursos de preparação para a parentalidade dirigidos ao casal e com o objetivo de esclarecer sobre o seu estado emocional, as necessidades da criança e promoção da relação pais-criança (Ministério da Saúde, 2006).

Na essência da relação terapêutica com as mulheres, a criação de uma relação de confiança e parceria, assim como a identificação de necessidades é fundamental para o sucesso da intervenção (Tavares & Botelho, 2009). O respeito pelos conhecimentos e competências dos pais e o acompanhamento das suas evoluções pautadas por reforços positivos mostra-se efetivo. A avaliação do nível de ansiedade, de auto-estima, do suporte social e da satisfação das mulheres é fundamental.

Paralelamente, as questões relacionadas com o AM tem sido alvo de maior investimento por parte das instituições de Saúde e outras organizações nacionais e internacionais, tais como a WHO e a UNICEF. As referidas instituições têm demonstrado uma constante preocupação na melhoria dos indicadores de AM, pelo que recomendam a

iniciação e manutenção do AM exclusivo até aos 6 meses de vida, e em regime complementar até aos dois anos ou mais da criança (WHO & UNICEF, 2009a).

Estas recomendações sustentam-se nos benefícios para a saúde das mulheres e das crianças, que reportam evidências a curto e a longo prazo na saúde individual, nas dimensões biológica, psicológica, social e ambiental, e na saúde familiar e sociedade.

Neste âmbito e apesar do discurso sobre a duração ótima do AM exclusivo e dos ganhos gerados dessa prática ser consensual, ao mesmo tempo que tem sido alvo de extensa investigação e promovido ao longo das últimas décadas, na realidade verifica-se que as recomendações continuam a ser objetivos a cumprir na medida em que as taxas de AM continuam aquém do preconizado.

Em Portugal, a realidade do AM exclusivo e do AM acompanha a tendência europeia, configurando-se uma elevada taxa de iniciação (Alves, 2011; Graça, 2010; Lopes & Marques, 2004; Sarafana et al. 2006), cuja manutenção decresce gradativamente nos primeiros 6 meses de vida (Alves, 2011; Graça, 2010; Lopes & Marques, 2004; Safarana et al. 2006; Sandes et al. 2007).

Os fatores que contribuem para esta realidade têm sido explorados, e os determinantes envolvidos emergem desde o nível biológico aos condicionantes culturais, sociais, económicos e políticos que transformaram o AM num fenómeno influenciado pelo processo de socialização de cada mulher/família. O conhecimento destes determinantes é crucial para o planeamento e definição da intervenção dos profissionais.

O sucesso do AM pode ser objetivado por prismas diferentes. Para os profissionais de saúde, o sucesso deriva da duração e exclusividade do AM, na perspetiva dos intervenientes relaciona-se com a satisfação da experiência, ausência de problemas mamários ou com o alcance de objetivos pessoais (Graça, 2010; Pereira, 2006).

Do conjunto de determinantes que caracterizam a prática do AM, ressaltam as características individuais das mulheres, sendo a idade, escolaridade, experiência prévia em AM e a personalidade da mulher os mais influentes. No que respeita à influência social, a família, nomeadamente a atitude e apoio do companheiro, parece favorecer o sucesso do AM. Ao mesmo tempo, uma cultura familiar aleitante associa-se ao sucesso do AM. Ao nível macrossocial, as pressões sociais, tais como a política laboral que impõe o regresso ao trabalho antes dos seis meses de vida da criança, a falta de conhecimentos da população e algumas práticas clínicas dos profissionais de saúde podem contribuir negativamente para o sucesso em AM.

Relativamente à intervenção dos profissionais de saúde na promoção, apoio e suporte ao AM, os resultados são diferentes mesmo com intervenções idênticas. Durante o período pré-natal, o aconselhamento em AM e a intervenção em grupo a grávidas com recurso a estratégias que estimulam a participação e interação das mulheres parecem ser mais eficazes (Hannula et al. 2008; Oliveira et al. 2001). No período peri-parto as práticas associadas à política do *Hospital Amigo dos Bebés* associam-se também a melhores resultados (Hannula et al. 2008; Kramer et al. 2001).

No período após a alta hospitalar, os estudos que avaliaram a intervenção dos profissionais de saúde com recurso à visita domiciliária também reproduziram resultados heterogéneos, parecendo existir um melhor resultado quando a intervenção é cumulativa ao longo do tempo (Oliveira et al. 2001; Hannula et al. 2008; McDonald et al. 2008; Zadoroznyj, 2006).

Os resultados de várias pesquisas que equacionaram as intervenções pré e pós natais revelam que estes desenhos de intervenção são mais eficazes no sucesso do AM (Bashour et al. 2008; Bonuck et al. 2005; Britton et al. 2007; Graça, 2010; Haroon et al. 2013).

As características das mulheres, nomeadamente a autoconfiança, autoeficácia, motivação para amamentar e as suas representações acerca do AM constituem-se determinantes com elevado impacto no sucesso do AM. O desafio para os profissionais de saúde vai para além do discurso biológico do AM, reside na conjugação dos determinantes psicológicos com os sociais e os familiares sobre os quais se define o projeto de AM de cada mulher.

Fatores-chave que contribuem para o sucesso do AM visam uma intervenção holística e humanizada com as mulheres. Entre esses fatores encontram-se a disponibilidade, a competência dos profissionais de saúde no domínio técnico e das atitudes face ao AM, a utilização de estratégias de educação para a saúde de capacitação da mulher na tomada de decisão e participação, apoio constante, incentivo às suas capacidades e integração dos recursos familiares.

A criação de grupos de suporte aos pais no período pós-parto, mantendo a possibilidade de partilha e apoio mútuos e de suporte às funções parentais, bem como ao AM, mediados por profissionais de saúde é recomendável.

Em suma, quer na transição para a parentalidade quer na promoção do AM é fundamental a disponibilização de profissionais de saúde habilitados com um conjunto de competências técnicas, relacionais e comunicacionais que integrem, um conhecimento

aprofundado e culturalmente sensível, bem como, programas e projetos de intervenção promotores do AM sustentados cientificamente que permitam a sua monitorização e avaliação.

Da Investigação

Relativamente à investigação, o objetivo geral do estudo foi avaliar os contributos da visita domiciliária de enfermagem especializada em SMOG no sucesso do AM e na ansiedade estado aos três meses pós-parto em primíparas, com *scores* de ansiedade traço ≥ 40 .

Assim, optamos por um estudo quantitativo, enquadrado num desenho pré-experimental, no qual um grupo sujeito a intervenção foi comparado com um grupo controlo de características semelhantes, não submetido à intervenção (Tuckman, 2002).

Para o efeito obtivemos a colaboração de três enfermeiras especialistas em SMOG para a realização da intervenção, sendo selecionados os Centros de Saúde onde exerciam funções e onde desenvolvem cursos de preparação para o parto e parentalidade. Realizamos a identificação da ansiedade traço das primíparas, constituindo-se dois grupos – controlo e experimental - sendo que as primíparas do grupo experimental foram sujeitas à visita domiciliária da enfermeira especialista em SMOG entre o quarto e o oitavo dia do pós-parto. A intervenção dirigiu-se às primíparas e maridos/companheiros e incidiu no aconselhamento em AM, na capacitação das primíparas para o cuidado à criança, na gestão de emoções e na realização de técnica de relaxamento com musicoterapia. As primíparas do grupo controlo foram alvo da visita domiciliária das enfermeiras de família nos primeiros quinze dias pós-parto. A dimensão da amostra correspondeu a 20 primíparas com ansiedade traço ≥ 40 que frequentaram cursos de preparação para o parto e parentalidade, nos Centros de Saúde de Arcos de Valdevez, Caminha, Paredes de Coura, Ponte de Lima, Viana do Castelo e Vila Nova de Cerveira que durante a pesquisa de campo se disponibilizaram a participar. Foram distribuídas uniformemente pelos grupos, e aos três meses pós-parto, na consulta de enfermagem à criança, preencheram os instrumentos de colheita de dados.

As primíparas que integraram os grupos não apresentaram diferenças estatisticamente significativas ao nível das características sócio-demográficas e da história da gravidez, parto, puerpério e criança que pudessem interferir nos resultados do estudo.

As primíparas que participaram no estudo tiveram as gravidezes em idades de baixo risco obstétrico, na sua maioria eram casadas ou viviam em união de facto, formaram famílias

nucleares e residiam em meio urbano. Na sua maioria eram profissionalmente ativas, exercendo profissões intelectuais e científicas, possuíam ensino secundário e superior.

As primíparas que participaram no estudo efetuaram assistência pré-natal em serviços públicos e frequentaram cursos de preparação para o parto e parentalidade, nomeadamente sessões sobre AM.

As gravidezes foram planeadas e de termo, culminando, na sua maioria, em partos eutócicos. As crianças nasceram com peso adequado à idade gestacional, sem dificuldades de adaptação. Quase todas as díades realizaram contacto pele a pele e mamaram na primeira hora de vida. Não ocorreram intercorrências puerperais durante o internamento hospitalar.

A maioria das primíparas decidiu amamentar antes de estar grávida e partilhou a decisão com o companheiro. A maioria das primíparas referiu que os enfermeiros apoiaram a tomada de decisão em amamentar.

A iniciação do AM é elevada, sendo que todas as crianças iniciaram AM no primeiro dia de vida, porém aos três meses de vida apenas 55% das crianças mantiveram AM exclusivo, valor que se afasta das recomendações da WHO e da UNICEF. A visita domiciliária não produziu efeitos, o que pode estar relacionado com a duração e intensidade da mesma e com fatores intrínsecos à personalidade das mulheres, a perceção do suporte familiar e aos seus objetivos pessoais, variáveis que não foram avaliadas no estudo.

Apesar de não se verificarem efeitos decorrentes da intervenção, o facto é que a prevalência do AM exclusivo aos três meses de vida da criança é semelhante à de outros estudos realizados em Portugal.

A introdução de leite artificial ocorreu em média no final do primeiro mês de vida e as intercorrências mamárias caracterizaram o processo de AM, constando-se na maioria a presença de mamilos gretados e ingurgitamento mamário. As intercorrências mamárias são condicionantes do AM pelo que se induz a necessidade de intervir sobre os aspetos a contemplar no aconselhamento em AM, mesmo ainda durante o período pré-natal visto serem situações passíveis de serem discutidas e prevenidas.

As primíparas, na sua maioria, resolveram as intercorrências mamárias, com a ajuda e apoio das enfermeiras especialistas em SMOG. Estes resultados podem estar relacionados com o facto das primíparas, dada a sua inexperiência em AM e a vivência do processo de construção da identidade materna se encontrarem mais vulneráveis, encontram-se mais inseguras, necessitando de maior apoio dos profissionais e com a relação de proximidade e confiança estabelecida com as enfermeiras especialistas em SMOG. A gestão autónoma das

intercorrências mamárias por parte das primíparas ocorreu numa pequena minoria, necessitando as mulheres de ajuda, pelo que não se verificaram efeitos da visita domiciliária na gestão autónoma destes processos. A intensidade da intervenção pode ter condicionado os resultados. O estudo denota a relevância do papel das enfermeiras especialistas na assistência às primíparas na resolução de problemas com a mama, sendo reconhecidas pelas mulheres como o profissional de saúde de primeira linha e de maior proximidade.

A satisfação com o AM - percepção das mulheres face à experiência de AM vivenciada – foi elevada, nomeadamente na subescala prazer e papel maternal, o que evidencia o papel do AM no fortalecimento da relação mãe/criança, pois proporciona uma experiência de ligação exclusiva favorecendo a aquisição do papel parental.

O AM interfere no estilo de vida e imagem corporal, pois os valores de satisfação são mais baixos, o que pode estar associado a uma maior dificuldade das mulheres na gestão do tempo e das tarefas domésticas. A mãe constitui-se a única fonte de alimentação da criança, e o desejo da mulher em regressar à forma física anterior ao parto podem influenciar a vivência do AM.

Na satisfação com o AM também não se verificaram efeitos decorrentes da visita domiciliária. A este respeito, consideramos que o facto do tamanho da amostra ser diminuto, assim como, a duração e a intensidade da intervenção podem ter influenciado os resultados. Por outro lado, outros atores e variáveis podem ter influenciado a percepção das primíparas no tocante à satisfação com o AM, nomeadamente fatores social e culturalmente implícitos nas representações de cada mulher e que na adaptação e desenvolvimento do papel maternal são evidenciados ao longo da sua consecução. A intervenção prolongada até aos seis meses pós-parto poderá ser uma recomendação.

A ansiedade estado aos três meses pós-parto atingiu em valores semelhantes aos de outros estudos, com uma média a aproximar-se dos valores médios do inventário. A este respeito, não se verificaram efeitos decorrentes da intervenção porém também não se registaram efeitos adversos. A avaliação da ansiedade estado refere-se à percepção que a pessoa tem no momento atual e portanto não corresponde a um critério clínico de ansiedade puerperal. Não obstante, os níveis revelaram que as mulheres apesar de decorridos três meses pós-parto, ainda sentiam alguma ansiedade. Tal poderia estar relacionado com a estruturação do papel parental e da manutenção da insegurança na validação do mesmo.

Em síntese, a visita domiciliária da enfermeira especialista em SMOG entre o quarto e o oitavo dia pós-parto não influenciou o sucesso do AM, nomeadamente a duração do AM, a

gestão de intercorrências mamárias e a satisfação com o AM, assim como não interferiu nos níveis de ansiedade estado ao terceiro mês pós-parto, no entanto também não se verificaram efeitos negativos.

Na nossa ótica os resultados estão relacionados não com a intervenção *per si* mas com a frequência, duração, tempo e intensidade da visita domiciliária.

As enfermeiras especialistas em SMOG são profissionais de referência na assistência no ciclo gravídico-puerperal, quer na tomada de decisão em AM, quer na resolução de problemas após a iniciação do AM.

Apesar de não se constituir objetivo deste estudo estudar as relações entre ansiedade, primiparidade, intercorrências mamárias e a duração e satisfação com o AM importa salientar que a conjugação destas dimensões se relaciona com menores níveis de sucesso em AM, neste estudo os resultados foram sobreponíveis a outros estudos nas mesmas condições.

Implicações e Sugestões

As enfermeiras especialistas em SMOG são profissionais de referência para as mulheres na assistência no ciclo gravídico-puerperal. Desenvolvem cursos de preparação para o parto e parentalidade, que numa lógica antecipatória pretendem capacitar as mulheres/casais para a experiência do parto, parentalidade e AM.

Recomenda-se que estes cursos se prolonguem após o parto, estendendo-se até aos seis meses de vida da criança na medida em que podem favorecer o ajustamento das mulheres/famílias na transição e a duração e satisfação com o processo de AM.

A intervenção de enfermagem no âmbito da promoção e apoio ao AM e transição para a parentalidade deve iniciar-se na gravidez, e sustentar-se no periparto, ser consistente, oportuna, dirigida às necessidades específicas, e prolongar-se ao longo dos primeiros meses de vida da criança, nos Centros de Saúde e no domicílio de forma a promover o desenvolvimento de habilidades no cuidado materno à criança e estimular a autoconfiança e autoeficácia em AM.

As estratégias de educação para a saúde a utilizar nos cursos de preparação para o parto e parentalidade devem basear-se em modelos que fomentem a participação ativa das mulheres, instiguem o seu *empowerment*, e utilizem diferentes recursos e diferentes *settings*.

A avaliação da ansiedade materna durante o ciclo gravídico-puerperal e de outros indicadores sugestivos de maior nível de disfunção adaptativa na transição para a

parentalidade deve corresponder aos pressupostos veiculados pelo Plano Nacional de Saúde Mental.

A intervenção deve pautar-se pela implementação da entrevista pós-natal e alicerçar-se na teoria de consecução do papel maternal, de forma a promover o crescimento da mulher nas suas várias dimensões e papéis: conjugal e parental, bem como na abordagem familiar do processo de reestruturação de papéis exigido pela nova fase do ciclo familiar.

A abordagem do AM deve contemplar a definição de um projeto individual em AM de forma a consciencializar a mulher relativamente aos seus desejos, decisão, objetivos e expectativas. As dificuldades iniciais e tardias no processo de AM e a gestão das mesmas devem ser alvo de intervenção numa lógica de cuidados antecipatórios durante a gravidez, fortalecidas durante a permanência hospitalar e validadas após a alta hospitalar, com a participação ativa do marido/companheiro e família.

A dinamização de teorias de enfermagem é crucial para a eficácia do processo de enfermagem e consequente avaliação dos ganhos em saúde. O modelo de contratualização de metas de Imogene King associado à teoria de autoeficácia são referenciais teóricos que preconizam uma assistência de enfermagem baseada na promoção da construção de um projeto de saúde e capacitação das pessoas para o processo.

A intervenção das enfermeiras especialistas em SMOG em Cuidados de Saúde Primários deve pautar-se pela estreita articulação com as equipas de saúde familiar, que assistem em proximidade as famílias, pelo que pode contribuir para o sucesso do AM e da transição para a parentalidade.

O estabelecimento de uma relação de confiança e o compromisso assistencial para com as mulheres durante o processo de AM é crucial para o seu sucesso.

É necessário continuar a investir numa cultura de assistência em saúde que promova o AM como uma decisão de saúde e uma opção de vida e para a vida, e que valorize os aspetos psicossociais que permeiam a transição para a parentalidade.

O investimento na identificação atempada e precoce de mulheres com maior risco de cessação do AM e com fatores de risco para o desenvolvimento de quadros de maior nível de ansiedade no puerpério ou depressão pós-parto é emergente, pois o impacto negativo na saúde das mulheres, crianças e famílias é determinante e exerce enorme influência nos projetos de saúde dessas famílias.

Ao nível das práticas assistenciais é necessário continuar a investir na formação dos profissionais de saúde no que respeita à promoção do AM, e especialmente no processo de transição para a parentalidade.

Numa Unidade Local de Saúde onde Centros de Saúde e Hospital partilham objetivos é necessária uma monitorização/avaliação periódica das práticas assistenciais e do conhecimento em AM.

A visita domiciliária é uma estratégia de intervenção inerente à assistência de enfermagem no período pós-parto não devendo delimitar-se a um único momento, mas sim deve ocorrer em função das necessidades específicas de cada mulher/casal/família. Recomendamos a implementação da intervenção realizada durante a primeira semana pós-parto, na medida em que promove o bem-estar das mulheres e suas famílias, constituindo-se um momento privilegiado de educação para a saúde, de identificação de vulnerabilidades iniciais no desenvolvimento do papel maternal e na gestão de intercorrências mamárias.

A visita domiciliária realizada na primeira semana pós-parto, promove ainda a capacitação das mulheres no cuidado à criança, no cuidado com a mama, potencializa a gestão de emoções e das mudanças operadas nas mulheres e na dinâmica familiar contribuindo para uma melhor vivência na transição para a parentalidade e da resolução de intercorrências do processo de AM. A realização da técnica de relaxamento deve constituir-se uma das intervenções a incluir na visita domiciliária, na medida em que contribui para a diminuição do estado de ansiedade das mulheres, favorecendo assim o ajustamento ao pós-parto e à criança.

A implementação de consultas de enfermagem no pós-parto a mães lactantes até ao sexto mês de vida da criança é uma estratégia de intervenção a equacionar, na medida em que promove a duração e exclusividade do AM, assim como pode contribuir para a satisfação da mulher no processo.

A assistência de enfermagem em SMOG deve ter em conta a adaptação psicológica durante a gravidez, parto e pós-parto, as características da personalidade da mulher, o desenvolvimento da relação conjugal e o desenvolvimento de habilidades no cuidado à criança e no processo de AM.

A implementação de intervenções psicossociais é fundamental para a diminuição do *stress* e ansiedade e para a gestão do papel parental. O apoio constante favorece a autoconfiança e proporciona uma experiência de AM satisfatória e bem-sucedida.

As enfermeiras especialistas em SMOG, em contexto de prestação em Cuidados Cuidados de Saúde Primários, devem resgatar a sua autonomia no exercício profissional no

que respeita à assistência pré e pós-natal às mulheres e famílias, conforme disposto na directiva no 2005/36/CE e nas recentes propostas da Ordem dos Enfermeiros (2013).

Referências Bibliográficas

- Abuchaim, E.S. & Silva, I.A. (2006). Vivenciando la lactancia y la sexualidad en la maternidad: “dividiéndose entre ser madre y mujer”. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 5 (2), 220-228. Acesso em Abril 15, 2012, em <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5079/3297>
- Academia Americana de Pediatria (2012). Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics*, 129 (3), e827-842. Acesso em Abril 15, 2013, em <http://pediatrics.aappublications.org/content/129/3/e827.full.pdf+html>
- Agboado. G. Michel, E., Jackson, E & Verma, A. (2010). Factors associated with breastfeeding cessation in nursing mothers in a peer support programme in Eastern Lancashire. *BMC Pediatrics*, 10 (3). Acesso em Maio 24, 2014, em <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2431-10-3.pdf>
- Akman, I., Kuscü, M.K., Yurdakul, Z., Özdemir, N., Solakoglu M., Orhon, L., Karabekiroglu, A. & Özek, E. (2008). Breastfeeding duration and postpartum psychological adjustment: Role of maternal attachment styles. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 44 (6), 369–373. Acesso em Dezembro 12, 2012, em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-1754.2008.01336.x/pdf>
- Albernaz, E. & Victora, C.G. (2003). Impacto do aconselhamento face a face sobre a duração do aleitamento exclusivo: um estudo de revisão. *Revista Pan Americana de Salud Pública*, 14 (1), 17-24. Acesso em Maio 22, 2013, em <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v14n1/16630.pdf>
- Albuquerque, K.A. & Osório, M.M. (2010). Cumprimento dos “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno” em “Hospital amigo da criança” em Recife-PE. *Revista de Enfermagem UFPE On line*, 4 (3), 1441-1449. Acesso em Maio 9, 2013, em doi: 10.5205/reuol.1013-8417-6-LE.0403201014
- Aliane, P.P., Ronzani, T.M., Silva, C.S., Silva, G.R., Miranda, D.B., Oliveira, P.F. et al. (2008). Avaliação de Saúde Mental em Gestantes. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 1 (2), 113-122. Acesso em Julho 18, 2013, em <http://www.fafich.ufmg.br/gerais/index.php/gerais/article/view/44/18>
- Almeida, I.S., Ribeiro, I.B., Rodrigues, B.M.R.D., Costa, C.C.P., Freitas, N.S. & Vargas, E.B. (2010). Amamentação para mães primíparas: perspectivas e intencionalidades do

- enfermeiro ao orientar. *Cogitare Enfermagem*, 15 (1), 19-25. Acesso em Julho 18, 2013, em <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/17139/11282>
- Almeida, J.A.G & Gomes, R. (1998). Amamentação: um híbrido natureza-cultura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 6 (3), 71-76.
- Almeida, N.A.M., Fernandes, A.G. & Araújo, C.G. (2004). Aleitamento materno: uma abordagem sobre o papel do enfermeiro no pós-parto. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 6 (03), 358-367. Acesso em Junho 10, 2013, em <http://h200137217135.ufg.br/index.php/fen/article/view/835/982>
- Alves, S.M.A.L. (2011). *Grupos de apoio “Mãe para Mãe”: Percursos e vivências da amamentação e implicações na Educação para a Saúde*. Tese de mestrado não publicada. Universidade do Minho, Portugal.
- American Psychological Association. (2006). *Manual de Estilo da APA*. Regras Básicas. Porto Alegre: Artmed.
- Andrade, L.H.S.G. & Gorenstein (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação da ansiedade. *Revista Psiquiatria Clínica*, 25 (6), 285-290. Acesso em Maio 12, 2012, em <http://www.portaleducacao.com.br/educacao/artigos/7871/aspectos-gerais-das-escalas-de-avalicao-de-ansiedade#!4>
- Antunes, M. & Patrocínio, C. (2007). A malformação do bebê e vivências psicológicas do casal. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8 (2), 239-252.
- Aragaki, I.M.M, Silva, I.A. & Santos, J.L.F. (2006). Traço e estado de ansiedade de nutrizes com indicadores de hipogalactia e nutrizes com galactia normal. *Revista da Escola Enfermagem USP*, 40 (3), 396-403. Acesso em Maio 20, 2013, em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n3/v40n3a11.pdf>
- Araújo, O.D., Cunha, A.L., Lustosa, L.R., Nery, I.S., Mendonça, R.C.M. & Campelo, S.M.A. (2008). Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61 (4), 488-492. Acesso em Maio 21, 2013, em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n4/15.pdf>
- Arora, S., McJunkin, C., Wehrer & Kuhn, P. (2000). Major Factors Influencing Breastfeeding Rates: Mother's Perception of Father's Attitude and Milk Supply. *Pediatrics*, 106 (5), e67. Acesso em Abril 12, 2012, em <http://pediatrics.aappublications.org/content/106/5/e67.full.pdf>
- Askeldottir, B. Lam-de Jonge, W., Edman, G. & Wiklund, I. (2013). Home care after early discharge: impact on healthy mothers and newborns. *Midwifery*, 29 (8), 927-934.

- Acesso em Junho 20, 2013, em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613812002070>
- Associação Espanhola de Pediatria (2004). *Lactancia Materna: Guia para profesionales*. Madrid: Ergon.
- Associação Espanhola de Pediatria (2008). *Manual de Lactancia Materna. De la teoria a la práctica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.
- Azeredo, C.M., Maia, T.M, Rosa, T.C.A., Fonseca e Silva, F., Cecon, P.R. & Cotta, R.M.M. (2008). Percepção de mães e profissionais de saúde sobre o aleitamento materno: encontros e desencontros. *Revista Paulista de Pediatria*, 26 (4), 336-344. Acesso em Maio 16, 2013, em <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v26n4/a05v26n4.pdf>
- Baptista, M., Baptista, A. & Torres, E. (2006). Associação entre suporte social, depressão, ansiedade em gestantes. *Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 7 (1), 39-48. Acesso em Maio 5, 2013, em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psic/v7n1/v7n1a06.pdf>
- Barge, S. & Carvalho, M. (2011). Prevalência e factores condicionantes do aleitamento materno – Estudo ALMAT. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27 (5), 518-25.
- Barreira, S.M.C.B. & Machado, M.F.A.S. (2004). Amamentação: compreendendo a influência do familiar. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, 26 (1), 11-20. Acesso em Agosto 23, 2013, em periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/.../1052
- Bashour, H.N., Kharouf, M.H., AbdulSalam, A.A., El Asmar, K., Tabbaa, M.A. & Cheikha, S.A. (2008). Effect of postnatal home visits on maternal/infant outcomes in Syria: a randomized controlled trial. *Public Health Nursing*, 25 (2), 115-25. Acesso em Outubro 20, 2013, em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1525-1446.2008.00688.x/pdf>
- Bayle, F. (2005). A parentalidade. In I. Leal (Cord.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade*, (pp.317-346). Lisboa: Editora Fim de Século.
- Bell, J. (2004). *Como realizar um projecto de investigação* (3ª ed.). Lisboa: Gradiva.
- Beltrami, L., Moraes, A.B. & Souza, A.P.R. (2013). Ansiedade materna puerperal e risco para o desenvolvimento infantil. *Distúrbios da Comunicação*, 25 (2), 229-239. Acesso em Maio 30, 2013, em <http://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/16476/12373>
- Bernick, M.A. (1999). *Benzodiazepínicos: Quatro Décadas de Experiência*. (4ª ed.). Acesso em Janeiro 30, 2012, em http://books.google.pt/books?id=4MABMI1eLwC&pg=PA59&hl=pt-PT&source=gbs_toc_r&cad=3#v=onepage&q&f=false
- Blyth, R., Creedy, D.K., Dennis, C.L., Moyle, W., Pratt, J., & De Vries, S.M. (2002). Effect of Maternal Confidence on Breastfeeding Duration: An Application of Breastfeeding

- Self-Efficacy Theory. *Birth*, 29 (4), 278-284. Acesso em Maio 26, 2013, em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1523-536X.2002.00202.x/pdf>
- Bonuck, K., Stuebe, A., Labbock, M.H., Fletcher, J. & Bernstein P.S. (2014). Effect of primary care intervention on breastfeeding duration and intensity. *American Journal of Public Health*, 104 (1), 119-127. Acesso em Maio 20, 2013, em <http://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2013.301360>
- Bonuck, K.A., Trombley, M., Freeman, K. & Mckee D. (2005). Randomized, controlled trial of a prenatal and postnatal lactation consultant intervention on duration and intensity of breastfeeding up to 12 months. *Pediatrics*, 116 (6), 1413-1426. Acesso em Abril 20, 2014, em <http://pediatrics.aappublications.org/content/116/6/1413.full.pdf>
- Bosi, M.L.M. & Machado, M.T. (2005). Amamentação: um resgate histórico. *Cadernos ESP - Escola de Saúde Pública do Ceará*, 1 (1). Acesso em Maio 24, 2014, em <http://www.esp.ce.gov.br/cadernosesp/index.php/cadernosesp/article/view/4/2>
- Branco, M.J. & Nunes, B. (2003). *Uma observação sobre aleitamento materno: relatório*. Lisboa: ONSA, 2003.
- Brito, H., Alexandrino, A.M., Godinho, C. & Santos, G. (2011). Experiência do aleitamento materno. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 42 (5), 209-214.
- Brito, I. (2009). A Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 25, 600-604.
- Britton, C., McCormick, F.M., Renfrew, M.J., Wade, A. & King, S.E. (2007). *Support for breastfeeding mothers (Review)*. The Cochrane Collaboration: The Cochrane Library. Acesso em Fevereiro 13, 2103, em <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD001141.pdf>
- Britton, J. (2005). Pre-discharge anxiety among mothers of well newborns: prevalence and correlates. *Acta paediatrica*, 94 (12), 1771-1776. Acesso em Maio 30, 2013, em Pre-discharge anxiety among mothers of well newborns: prevalence and correlates.
- Buchala, L.M. & Moraes, M.S. (2005). Amamentação vivenciada com sucesso por um grupo de mulheres. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 12 (4), 177-82. Acesso em Maio 30, 2013, em <http://br.monografias.com/trabalhos-pdf900/amamentacao-vivenciada-mulheres/amamentacao-vivenciada-mulheres.pdf>
- Caldeira A.P. & Goulart, E.M.A. (2000). A situação do aleitamento materno em Montes Claros, Minas Gerais: estudo de uma amostra representativa. *Jornal de Pediatria*, 76, 65-72. Acesso em Junho 19, 2013, em <http://www.jped.com.br/conteudo/00-76-01-65/port.pdf>

- Caldeira, T., Moreira, P. & Pinto, E. (2007). Aleitamento materno: estudo dos factores relacionados com o seu abandono. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23, 685–699.
- Camacho, R.S., Cantinelli, F.S., Ribeiro, C.S., Cantilino, A., Gonsales, B.K., Braguittoni, E. & Rennó, J. (2006). Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Revista Psiquiatria Clínica*, 33 (2), 92-102.
- Canavarro, M. C. (2001). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M. C. (2006). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. (2ª ed.). Coimbra: Publidisa.
- Canavarro, M.C. & Pedrosa, A.A. (2005). Transição para a parentalidade: compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In I. Leal (Cord.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp. 225-255). Lisboa: Editora Fim de Século.
- Cantilino, A., Zambaldi, C.F., Sougey, E.B. & Rennó, J. (2010). Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37 (6), 288-294.
- Carrascoza, K.C., Possobon, R.F., Costa Júnior, A.L. & Moraes (2011). Aleitamento materno em crianças até os seis meses de vida: percepção das mães. *Revista de Saúde Coletiva*, 21 (3), 1045-1059. Acesso em Agosto 15, 2013, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000300015
- Carvalho, C.M., Bica, O.S.C. & Souto de Moura, G.M.S. (2007). Consultoria em aleitamento materno no hospital de clínicas de Porto Alegre. *Revista HCPA*, 27 (2), 54-56. Acesso em Outubro 20, 2013, em <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/28897/000633184.pdf?sequence=1>
- Carvalho, M.R. & Tamez, R.N (2002). *Amamentação. Bases científicas para a prática profissional*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan s.a.
- Carvalho, S., Murta, I. & Monteiro, M.P. (1999). Psiquiatria CL e perturbações psíquicas associadas ao puerpério: A psicopatologia no feminino. *Revista de Psiquiatria Consiliar - Ligação e Psicossomática*, 2 (5), 1-12.
- Castro, K.F., Souto, C.M.R.M., Rigão, T.V.C., Garcia, T.R., Bustorff, L.A.C.V.& Braga, V.A.B. (2009). Intercorrências mamárias relacionadas à lactação: estudo envolvendo puérperas de uma maternidade pública de João Pessoa, PB. *O Mundo da Saúde*, 33 (4), 433-439. Acesso em Novembro 12, 2012 em http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/70/433a439.pdf

- Cataño, C.R. (2011). *Depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático em mulheres que vivenciaram um episódio de morbidade materna grave*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade de S. Paulo, Brasil.
- Chapman, D.J., Morel, K., Bermúdez-Millán, A. Young, S., Damio, G. & Pérez-Escamilla, R. (2013). Breastfeeding Education and Support Trial for Overweight and Obese Women: A Randomized Trial. *Pediatrics*, 131, e162. Acesso em Maio 24, 2014, em <http://pediatrics.aappublications.org/content/131/1/e162.full.pdf+html>
- Chick, N. & Meleis, A.I. (2010). Transitions: A Nursing Concern. In A.I. Meleis (Ed.), *Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice* (pp. 24-37). New York: Springer Publishing Company.
- Chung, M., Raman, G., Trikalinos, T., Lau, J. & Ip, S. (2008). Interventions in primary care to promote breastfeeding: an evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 149 (8), 565-582. Acesso em Maio 24, 2014, em <http://annals.org/article.aspx?articleid=743317>
- Circular Normativa nº 2 (2006). *Preparação para o parto. Método Psicoprofilático*. Administração Regional de Saúde do Norte (2006/02/24).
- Clifford, T.J., Campbell, M.K., Speechley, K.N. & Gorodzinsky, F. (2006). Factors influencing full breastfeeding in a southwestern Ontario community: assessments at 1 week and at 6 months postpartum. *Journal of Human Lactation*, 22 (3), 292-304. Acesso em Maio 24, 2014, em <http://jhl.sagepub.com/content/22/3/292.full.pdf+html>
- Colman, L.L. & Colman, A.D. (1994). *Gravidez: a experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Conde, A. & Figueiredo, B. (2005). Ansiedade na gravidez: implicações para a saúde e desenvolvimento do bebé e mecanismos neurofisiológicos envolvidos. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 36 (1), 1-32.
- Consonni, E.B., Calderon, I.M.P., Consonni, M., De Conti, M.H.S, Prevedel, T.T.S & Rudge, M.V.C. (2010). A multidisciplinary program of preparation for childbirth and motherhood: maternal anxiety and perinatal outcomes. *Reproductive Health*, 7 (28). Acesso em Abril 12, 2014, em <http://www.reproductive-health-journal.com/content/pdf/1742-4755-7-28.pdf>
- Cooke, M., Sheehan, A. & Schmied, V. (2003). A Description of the Relationship between Breastfeeding Experiences, Breastfeeding Satisfaction, and Weaning in the First 3

- Months after Birth. *Journal of Human Lactation*, 19 (2), 145-156. Acesso em Maio, 13, 2013, em <http://jhl.sagepub.com/content/19/2/145>
- Cooke, M., Sheehan, A. & Schmied, V. (2007). An exploration of the relationship between postnatal distress and maternal role attainment, breastfeeding problems and breast feeding cessation in Australia. *Midwifery*, 23 (1), 66–76. Acesso em Abril 23, 2104, em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613806000027?via=ihub>
- Cooke, M., Sheehan, A. & Schmied, V. (2009). Women`s experiences of infant feeding support in the first 6 weeks post-birth. *Maternal and Child Nutrition*, 5 (2), 138-150. Acesso em Abril 23, 2104, em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1740-8709.2008.00163.x/pdf>
- Corrêa, M.D. (1994). *Noções Práticas de Obstetrícia*. (11ª ed.). Belo Horizonte: Cooperativa editora e de cultura médica.
- Correia, L. & Linhares, M. B.M. (2007). Ansiedade materna nos períodos pré e pós-natal: Revisão da literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15 (4), 677-683.
- Corriveau, S.K., Drake, E.E., Kellams, A.L.& Rovnyak, V.G. (2013). Evaluation of an Office Protocol to Increase Exclusivity of Breastfeeding. *Pediatrics*, 131 (5), 942-950. Acesso em Abril 20, 2014 em <http://pediatrics.aappublications.org/content/131/5/942.full.pdf+html>
- Costa, C. & Reis, C.H. (2011). Perturbações psiquiátricas do pós-parto: implicações na amamentação. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 42 (4), 177-181.
- Couto, G.R. (2006). Conceptualização pelas enfermeiras da preparação para o parto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14 (2), 190-8.
- Cruz, O. (2005). *Parentalidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Decreto-Lei nº 70/2000. *Estabelece o regime de protecção da maternidade e paternidade*. D.R. – I-A Série, nº 103/2000 (2000-05-04), 1825-1831.
- Dennis, C. (2006). Identifying Predictors of Breastfeeding Self-Efficacy in the Immediate Postpartum Period. *Nursing & Health*, 29 (4), 256-268. Acesso em Abril 20, 2014, em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nur.20140/pdf>
- Dennis, C.L. & McQueen, K. (2007). Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes?. *Acta Paediatrica*, 96 (4), 590-594. Acesso em Abril 20, 2014, em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1651-2227.2007.00184.x/pdf>
- Di Napoli, A., Di Lallo, D., Fortes, C., Franceschelli, C., Armeni, E. & Guasticchi, G. (2004). Home breastfeeding support by health professionals: findings of a randomized

- controlled trial in a population of Italian women. *Acta Paediatrica*, 93 (8), 1108-1114. Acesso em Abril 20, 2014, em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1651-2227.2004.tb02725.x/pdf>
- Dias, A., Monteiro, T., Oliveira, D., Guedes, A., Godinho, C. & Alexandrino, A.M. (2013). *Acta Pediátrica Portuguesa*, 44 (6), 313-8.
- Dois, A., Uribe, C., Villarroel, L. & Contreras, A. (2012). Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público. *Revista Medica Chile*, 140 (6), 719-725. Acesso em Abril 20, 2014, em <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012000600004>
- Donath, S.M., Amir, L.H. & The APLSPAC Study Team (2007). Relationship between prenatal infant feeding intention and initiation and duration of breastfeeding: a cohort study. *Acta Paediatrica*, 92 (3), 352-356. Acesso em Maio 24, 2014, em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1651-2227.2003.tb00558.x/pdf>
- Dubois, L. & Girard, M. (2003). Social inequalities in infant feeding during the first year of life. The Longitudinal Study of Child Development in Québec (LCDQ 1998–2002). *Public Health Nutrition*, 6 (8), 773–783. Acesso em Abril 20, 2014, em http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FPHN%2FPHN6_08%2FS1368980003001046a.pdf&code=c3cb8fa1455590376dc05fe2f918880a
- Dunn, S., Davies, B., McClærly, L., Edwards, N. & Gaboury, I. (2006). The relationship Between Vulnerability Factors and Breastfeeding Outcome. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 35 (1), 87-97. Acesso em Abril 20, 2014, em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1552-6909.2006.00005.x/pdf>
- Earle, S. (2002). Factors affecting the initiation of breastfeeding: implications for breastfeeding promotion. *Health Promotion International*, 17 (3), 205-214. Acesso em Maio 24, 2014, em <http://heapro.oxfordjournals.org/content/17/3/205.full.pdf>
- Ekström, A. Matthiesen, A.S., Widström, A.M. & Nissen, E. (2005). Breastfeeding attitudes among counselling health professionals. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33 (5), 353-359. Acesso em Maio 24, 2014, em <http://sjp.sagepub.com/content/33/5/353.full.pdf+html>
- Faisal-Cury, A. & Menezes, P. (2006). Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 28 (3), 171-178. Acesso em Abril 20, 2014, em <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n3/30843.pdf>

- Faleiros, F.T., Trezza, E.M.C. & Carandina, L. (2006). Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Revista de Nutrição*, 19 (5), 623-630. Acesso em Abril 20, 2014, em <http://www.scielo.br/pdf/rn/v19n5/a10v19n5.pdf>
- Ferreira, C.A.M.E. (2006). A realidade do aleitamento materno. *Nursing*, 11-16. Acesso em Abril 20, 2014, em <http://www.apfn.com.pt/Noticias/Abr2006/010406a.pdf>
- Ferreira, M., Nelas, P. & Duarte, J. (2011). Motivação para o aleitamento materno: variáveis intervenientes. *Millenium*, 40, 23-38. Acesso em Maio 02, 2013, em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/3.pdf>
- Figueiredo, B. (2001). Perturbações psicopatológicas do puerpério. In M.C. Canavarro (Cord.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 161-188). Coimbra: Quarteto Editora.
- Figueiredo, B. (2003). Vinculação Materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. *Revista Internacional de Psicologia Clínica y de la Salud*, 3, 521-539. Acesso em Maio 02, 2013, em http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-86.pdf
- Figueiredo, B. (2005). Depressão na Gravidez: Quais as Consequências para a Mãe e o Bebé. In I. Leal (Cord), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp.317-346). Lisboa: Editora Fim de Século.
- Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., Conde, A. & Teixeira, C. (2007). Anxiété, dépression, et investissement émotionnel de l'enfant pendant la grossesse. *Devenir*, 19 (3), 243-260. Acesso em Maio 02, 2014, em <http://repositorio.uportu.pt/jspui/bitstream/11328/254/2/Devenir.2007.pdf>
- Figueiredo, B., Dias, C., Brandão, S. Canário, C. & Nunes Costa, R. (2013). Breastfeeding and postpartum depression: state of the art review. *Jornal de Pediatria*, 89 (4), 332-338. Acesso em Maio 02, 2014, em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755713000892>
- Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R., & Magarinho, R. (2006). Gravidez na adolescência: das circunstâncias de risco às circunstâncias que favorecem a adaptação à gravidez. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (1), 97-125. Acesso em Maio 02, 2012, em http://aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-169.pdf
- Filipe, M.F.S.S. (2011). *VD – Contributos da enfermagem na manutenção da amamentação*. Tese de mestrado não publicada, Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina, Portugal.

- Forster, D.A. & McLachlan, H.L. (2010). Women's views and experiences of breast feeding: positive, negative or just good for the baby?. *Midwifery*, 26 (1), 116-125. Acesso em Maio 24, 2014, em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S026661380800048X>
- Fortin, M. (2000). O contributo da investigação no desenvolvimento dos conhecimentos em ciências de enfermagem. *Investigação em Enfermagem*, 1, 61-68.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fujimori, E., Nakamura, E., Gomes, M.M., Jesus, L.A. & Rezende, M.A. (2010). Aspectos relacionados ao estabelecimento e a manutenção do aleitamento materno exclusivo na perspectiva de mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 14 (33), 315-327. Acesso em Dezembro 13, 2013, em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n33/a07v14n33.pdf>
- Galvão, D.M.P.G. (2006). *Amamentação bem sucedida: alguns factores determinantes*. Loures: Lusociência.
- Grau, M.M., Alexandri, A.C. & Garcia, M.C.G.-M. (1995). Controles y cuidados de las mamas durante la gestación y el puerperio. In: F.C. Fenollera & J.M. Dols, *Patologia mamaria en la gestación y el puerperio. Lactancia* (pp. 35-40). Barcelona: Ed. Masson.
- Gil, A.C. (2007). *Como elaborar projetos de pesquisa* (4ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Giugliani, E.R.J. (1994). Amamentação: como e por que promover. *Jornal de Pediatria*, 70 (3), 138-151. Acesso em Dezembro 13, 2013, em <http://www.jped.com.br/conteudo/94-70-03-138/port.pdf>
- Giugliani, E.R.J. (2000). O aleitamento materno na prática clínica. *Jornal de Pediatria*, 76 (Supl.3), s238-252. Acesso em Dezembro 13, 2013, em http://www.jped.com.br/conteudo/00-76-S238/port_print.htm
- Giugliani, E.R.J. (2004). Problemas comuns na lactação e seu manejo. *Jornal de Pediatria*, 80 (5), 147-154. Acesso em Outubro 10, 2013, em <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5s0/v80n5s0a06.pdf>
- Giugliani, E.R.J. & Lamounier, J.A. (2004). Aleitamento materno: uma contribuição científica para a prática do profissional de saúde. *Jornal de Pediatria*, 80 (Supl. 5), S117-S118. Acesso em Dezembro 13, 2013, em <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5s0/v80n5s0a01.pdf>
- Gomes, C.F., Trezza, E.M.C., Murade, E.C.M. & Padovani, C. R. (2006). Avaliação eletromiográfica com eletrodos de captação de superfície dos músculos masseter,

- temporal e bucinador de lactentes em situação de aleitamento natural e artificial. *Jornal de Pediatria*, 82 (2), 103-109. Acesso em Maio 5, 2012, em <http://www.scielo.br/pdf/jped/v82n2/v82n2a05.pdf>
- Graça, L.C.C. (2010). *Contributos da intervenção de enfermagem na promoção da transição para a maternidade e do aleitamento materno. Um estudo quasi-experimental*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade de Lisboa, Portugal.
- Graça, L.C.C., Figueiredo, M.C.B. & Carreira, M.T.C. (2011). Contributos da intervenção de enfermagem de cuidados de saúde primários para a transição para a maternidade. *Referência*, 4, 27-35.
- Grant, K.-A., McMahon, C. & Austin, M.-P. (2008). Maternal anxiety during the transition to parenthood: A prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 108 (1-2), 101–111. Acesso em Maio 1, 2014, em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016503270700345X>
- Guise, J.M., Palda, V., Westhoff, C, Chan B.K. S., Helfand, M.& Lieu, T. A (2003). The Effectiveness of Primary Care-Based Interventions to Promote Breastfeeding: Systematic Evidence Review and Meta-Analysis for the US Preventive Services Task Force. *Annals of Family Medicine*, 1 (2), 70-78. Acesso em Fevereiro 3, 2013, em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1466575/pdf/0010070.pdf>
- Hannula, L., Kaunonen, M. & Tarkka, M.T. (2008). A systematic review of professional support interventions for breastfeeding . *Journal of Clinical Nursing*, 19 (7), 1132-1143. Acesso em Outubro 2, 2013 em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2007.02239.x/pdf>
- Haroon, S., Das, J.K., Salam, R.A., Imdad, A. & Bhutta, Z.A. (2013). Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: a systematic review. *BioMed Central Public Health*, 13, (Supl. 3), s20. Acesso em Maio 30, 2014, em <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-13-S3-S20.pdf>
- Hauck,Y., Hall, W.A. & Jones C. (2007). Prevalence, self-efficacy and perceptions of conflicting advice and self-management: effects of a breastfeeding journal. *Journal of Advanced Nursing*, 57 (3), 306–317. Acesso em Março 12, 2013, em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2006.04136.x/pdf>
- Hernandez, J.A.E & Hutz, C.S. (2009). Transição para a parentalidade: ajustamento conjugal e emocional. *Psico*, 40 (4), 414-421. Acesso em Abril 14, 2013, em

<http://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1490/4926>

- Heron, J., O'Connor, T.G., Evans, J., Golding, J. & Glover, V. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 80 (1), 65-73. Acesso em Junho 5, 2013, em http://ac.els-cdn.com/S0165032703002064/1-s2.0-S0165032703002064-main.pdf?_tid=3c25999c-1c84-11e4-9f58-00000aacb360&acdnat=1407231679_8a41d5ceac69fe39d2bbfca01971ee37
- Hintz, H.C. & Baginski, P.H. (2012). Vínculo Conjugal e Transição para a Parentalidade: Fragilidades e Possíveis Superações. *Revista Brasileira de Terapia Familiar*, 4 (1), 8-20. Acesso em Maio 12, 2014 em <http://www.abratef.org.br/2013/Revista-vol4/RevistaAbratef-V4-pag-10-22.pdf>
- Ho, Y. & McGrath, J.M. (2011). Predicting Breastfeeding Duration Related to Maternal Attitudes in a Taiwanese Sample. *The Journal of Perinatal Education*, 20 (4), 188-199. Acesso em Maio 14, 2014, em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3210631/pdf/JPE_Vol020-004_A4_188-199.pdf
- Horta, B.L. & Victora C.G. (2013a). *Long-term effects of breastfeeding: a systematic review*. Geneva: WHO.
- Horta, B.L. & Victora C.G. (2013b). *Short-term effects of breastfeeding: a systematic review on the benefits of breastfeeding on diarrhoea and pneumonia mortality*. Geneva: WHO.
- Ichisato, S.M. & Shimo, A.K.K. (2001). Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 10 (4), 578-585.
- International Council of Nurses (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (versão 1.0). International Council of Nurses: Geneva.
- Issler, H. (1983). Aleitamento Materno: Ansiedade VS Lactação. *Pediatria*, 5, 98-99. Acesso em Janeiro 3, 2012, em <http://www.pediatrasiapaulo.usp.br/upload/pdf/789.pdf>
- Johnson, T.S., Brennan, R.A. & Flynn-Tymkow, C.D. (1999). A home visit program for breastfeeding education and support. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 28 (5), 480-485. Acesso em Abril 15, 2012 em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1552-6909.1999.tb02020.x/pdf>
- Junges ,C.F., Ressel, L.B., Budó, M.L.D., Padoin, S.M.M., Hoffmann, I.C. & Sehnem, G.D. (2010). Percepções de puérperas quanto aos fatores que influenciam o aleitamento

- materno. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 31 (2), 343-50. Acesso em Maio 4, 2013, em <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/10041/10245>
- Kotliarenco, M.A., Gómez, E., Munoz, M.M. & Aracena (2010). Características, efectividad y desafíos de la visita domiciliaria en programas de intervención temprana. *Revista Salud Pública*, 12 (2), 184-196. Acesso em Junho 3, 2013, em <http://www.scielo.org/pdf/rsap/v12n2/v12n2a02.pdf>
- Kramer, M.S., Fombonne, E., Igumnov, S., Vanilovich, I., Matush, L., Mironova, et al. (2008). Effects of Prolonged and Exclusive Breastfeeding on Child Behaviour and Maternal Adjustment: Evidence From a Large, Randomized Trial. *Pediatrics*, 121 (3), e435-440. Acesso em Setembro 3, 2013, em http://www.researchgate.net/publication/23145885_Effects_of_prolonged_and_exclusive_breastfeeding_on_childhood_behavior_and_maternal_adjustment_evidence_from_a_large_randomized_trial
- Kuschnir, K. (2008). Maternidade e amamentação. Biografia e relações de género intergeracionais. *Sociologia, Problemas e Práticas*, (56), 85-103. Acesso em Maio 15, 2013, em <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/1198/1/Sociologia56KKuschnir.pdf>
- Lacerda, M.R. (2010). Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família na perspectiva da área pública. *Ciência & Saúde Colectiva*, 15 (5), 2621-2626. Acesso em Junho 2, 2013, em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a36.pdf>
- Lana, A.P.B. (2001). *O livro de estímulo à amamentação: uma visão biológica, fisiológica e psicológica: comportamental de amamentação*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Leal, I. (1997). Transformações sócio-culturais da gravidez e da maternidade: Correspondente transformação psicológica. In J.L.Ribeiro (Ed.), *Actas do II Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Braga: FCEUP.
- Leal, I. (2005). *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Fim de século – Edições.
- Levy, L. (1996). *O Sucesso no Aleitamento Materno. Contributo de uma Intervenção Clínica*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade de Lisboa, Portugal.
- Levy, L. & Bértolo, H. (2008). *Manual de Aleitamento Materno*. Edição: Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Hospitais Amigos dos Bebés.
- Levy, L. & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Edição: Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Hospitais Amigos dos Bebés.

- Lopes, B. & Marques, P. (2004). Prevalência do aleitamento materno no distrito de Viana do Castelo nos primeiros seis meses de vida. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20, 539-544.
- Lopes, M.S.O.C., Catarino, H. & Dixe, M.A. (2010). Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão sistemática da Literatura. *Referência*, 1, 109-118.
- Lothrop, H. (2000). *O livro da amamentação*. Lisboa: Paz Editora.
- Loureiro, M.I., Goes, A.R., Maia, T., Paim da Camara, G. & Nunes, L.S. (2009). Mental health promotion during pregnancy and early childhood: an action-research project in primary health care. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Número especial 25 anos, 79- 89.
- Lowdermilk, D.L., Perry, S.E. & Bobak, I.M. (2002). *O cuidado em enfermagem materna* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Machado, M.C., Alves, M.I. & Couceiro, M.L. (2011). Saúde Infantil e Juvenil em Portugal: indicadores do Plano Nacional de Saúde. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 42 (5), 195-204.
- Magalhães, S.C.R.S. (2011). *A vivência de transições na parentalidade face ao evento hospitalização da criança*. Dissertação de mestrado não publicada, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.
- Maia, M.J.C. (2007). *O papel do enfermeiro num estudo de adesão ao aleitamento materno*. Tese de mestrado não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Portugal.
- Marques A., Resende C., Fernandes S., Santos S., Campos J., Faria C. et al. (2010). Aleitamento materno no distrito de Viseu entre 1999 e 2009. *Saúde-Infantil*, 32 (2), 77-82.
- Marques, D.M. & Pereira, A.L. (2010). Amamentar: Sempre benefícios, Nem sempre prazer. *Ciência Cuidado e Saúde*, 9 (2), 214-219. Acesso em Maio 24, 2014, em <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8963/6069>
- Marques, E., Cotta, R. & Priore, S. (2011). Mitos e Crenças sobre o Aleitamento Materno. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (5), 2461-2468. Acesso em Maio 22, 2014, em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a15v16n5.pdf>
- Martin, J. & Valero, C. (1992). Lactancia materna: epidemiologia, promoción e técnica. *Pediatría*, 2 (1), 9-16.
- McDonald, S.J., Henderson, J.J., Faulkner, S., Evans, S.F. & Hagan, R. (2010). Effect of an extended midwifery postnatal support programme on the duration of breastfeeding: A

- randomised controlled trial. *Midwifery*, 26 (1), 88-100. Acesso em Maio 24, 2014, em <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0266-6138/PIIS0266613808000351.pdf>
- McEwen, M. & Wills, E.M. (2009). *Bases teóricas para a Enfermagem*. Porto Alegre: Artmed.
- McNaughton, D.B. (2004). Nurse home visits to maternal-child clients: a review of intervention research. *Public Health Nursing*, 21 (3), 207-219. Acesso em Maio 4, 2014, em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.0737-1209.2004.021303.x/pdf>
- McQueen, K.A., Dennis, C.L., Stremler, R. & Norman, C.D. (2011). A Pilot Randomized Controlled Trial of a Breastfeeding Self-Efficacy Intervention With Primiparous Mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 40 (1), 35-46. Acesso em Outubro 2, 2013, em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1552-6909.2010.01210.x/pdf>
- Meighan, M.M. (2004). Ramona T. Mercer. Consecução do Papel Maternal. In A.M. Tomey & M.R. Alligood. *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem* (5ªed., pp.521-533). Loures: Lusociência.
- Meleis, A.I. (2010). *Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Mendes, I.M. (2002). *Ligação Materno-Fetal*. Coimbra: Quarteto.
- Mendes, I.M. (2007). *Ajustamento materno e paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Portugal.
- Menezes, C.C. & Lopes, R.C.S. (2007). Relação conjugal na transição para a parentalidade: gestação até dezoito meses do bebê. *PsicoUSF*, 12 (1), 83-93. Acesso em Maio 24, 2014, em <http://www.scielo.br/pusf/v12n1/v12n1a10.pdf>
- Menezes, F.L., Pellenz, N.L.K., Lima, S.S. & Sarturi, F. (2012). Depressão Puerperal, no âmbito da Saúde Pública. *Saúde (Santa Maria)*, 38 (1), 21-30. Acesso em Maio 3, 2013, em <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/revistasauade/article/viewFile/3822/3803>
- Mercer, R. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36 (3), 226-232. Acesso em Maio 24, 2014, em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x/pdf>

- Mercer, R.T. & Walker, L.O. (2006). A review of Nursing Interventions to Foster Becoming a Mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 35 (5), 568-582. Acesso em Maio 24, 2014, em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1552-6909.2006.00080.x/pdf>
- Mina, S., Balhara, Y.P.S., Verma, R. & Mathur, S. (2012). Anxiety and Depression amongst the urban females of Delhi in Ante-partum and Post-partum period. *Delhi Psychiatry Journal*, 15 (2), 347-351. Acesso em Maio 4, 2013, em <http://medind.nic.in/daa/t12/i2/daat12i2p347.pdf>
- Ministério da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde. Prioridades para 2004-2010. Mais saúde para todos*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2006). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 — Resumo Executivo*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Ministério da Saúde. (2009). Caderno de Atenção básica nº 23. *Saúde da Criança : Nutrição Infantil : Aleitamento Materno e Alimentação Complementar*. Brasília: Editora MS.
- Ministério da Saúde. (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Promover contextos favoráveis à saúde ao longo do ciclo de vida*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2013). *Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil 2013*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde & Comissão Europeia para a Promoção do Aleitamento Materno. (2004). *Protecção, promoção e suporte ao aleitamento materno na Europa: um projecto em acção*. Lisboa: [s.d.].
- Ministério da Saúde & Observatório do Aleitamento Materno (2012). *Registo do Aleitamento Materno. Relatório de Julho de 2010 a Junho de 2011*. Lisboa: Direção Geral da Saúde e Mamamater.
- Ministério da Saúde & Observatório do Aleitamento Materno (2013). *Registo do Aleitamento Materno. Relatório de Janeiro a Dezembro de 2012*. Lisboa: Direção Geral da Saúde e Mamamater.
- Moreira, P.L. & Fabbro, M.R.C. (2005). Utilizando técnicas de ensino participativas como instrumento de aprendizagem e sensibilização do manejo da lactação para profissionais de enfermagem de uma maternidade. *Acta Paulista Enfermagem*, 18 (3), 320-325. Acesso em Maio 15, 2014, em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a14v18n3.pdf>

- Murta, S.G., Rodrigues, A.C., Rosa, I.O. & Paulo, S.G. (2012). Avaliação de um programa psicoeducativo de transição para a parentalidade. *Paidéia*, 22 (53), 403-412. Acesso em Maio 18, 2014, em <http://dx.doi.org/10.1590/paid%C3%A9ia.v22i53.53095>
- Nakano, A.M.S. (1996). *O aleitamento materno no cotidiano feminino*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade de São Paulo, Brasil.
- Nakano, A.M.S. (2003). As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser “o corpo para o filho” e de ser “o corpo para si”. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (Supl. 2), s355-s363. Acesso em Maio 24, 2014, em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a17v19s2.pdf>
- Nakano, A.M.S., Reis, M.C.G., Pereira, M.J.B. & Gomes, F. A. (2007). O espaço social das mulheres e a referência para o cuidado na prática da amamentação. *Revista Latino - Americana de Enfermagem*, 15 (2).
- Neves, A.M.F.M.C. (2013). *Visitação Domiciliária no Pós-Parto: Expectativas e necessidades de ambos os pais na transição para a parentalidade*. Dissertação de mestrado não publicada, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.
- Newham, J.J., Westood, M., Aplin, J.D. & Wittkowski (2012). State-trait anxiety inventory (STAI) scores during pregnancy following intervention with complementary therapies. *Journal of Affective Disorders*, 142 (1-3), 22-30. Acesso em Maio 24, 2014, em <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2012.04.027>
- Nobre, E.B., Issler, H., Ramos, J.L.A. & Grisi, S.J.F.E. (2010). Aleitamento materno e desenvolvimento neuropsicomotor: uma revisão da literatura. *Pediatrics*, 32 (3), 204-210. Acesso em Junho 24, 2013, em <http://www.pediatrasiapaulo.usp.br/upload/pdf/1354.pdf>
- Nyqvist, K. H., & Ewald, U. (2006). Avaliação electromiográfica dos músculos faciais durante o aleitamento natural e artificial de lactentes: Identificação de diferenças entre aleitamento materno e aleitamento com uso de mamadeira ou copo. *Jornal de Pediatria*, 82 (2), 85-86. Acesso em Outubro 24, 2013, em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572006000200002&script=sci_arttext
- Nystrom, K. & Ohrling, K. (2004). Parenthood experiences during the child's first year: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 46 (3), 319-330. Acesso em Maio 24, 2014, em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2004.02991.x/pdf>

- O'Brien, M., Buikstra, E. & Hegney, D. (2008). The influence of Psychological factors on breastfeeding duration. *Journal of Advanced Nursing*, 63 (4), 397-408. Acesso em Maio 24, 2014, em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2008.04722.x/pdf>
- Olds, D.L. (2002). Prenatal and infancy home visiting by nurses: from randomized trials to community replication. *Prevention Science*, 3 (3), 153-172. Acesso em Dezembro 4, 2013, em http://www.fordschool.umich.edu/research/pdf/Olds_paper_1.pdf
- Oliveira, L.D.O., Giugliani, E.R.J., Espírito Santo, L.C., Cavalheiro, M., França, T., Weigert, E.M.L. et al. (2006). Effect of Intervention to Improve Breastfeeding Technique on the Frequency of Exclusive Breastfeeding and Lactation-Related Problems. *Journal of Human Lactation*, 22 (3), 315-321. Acesso em Maio 24, 2014, em <http://jhl.sagepub.com/content/22/3/315.long>
- Oliveira, M.I.C. (2005). Amamentação em Atenção Primária à Saúde: Unidade Básica Amiga da Amamentação. In M.R. Carvalho & R.N. Tamez, *Amamentação: bases científicas* (2ªed., pp. 287-301). São Paulo: Guanabara Koogan.
- Oliveira, M.I.C., Camacho, L.A. & Tedstone, A.E. (2001). Extending Breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenatal e postnatal interventions. *Journal of Human Lactation*, 17 (4), 326-343. Acesso em Maio 24, 2014, em <http://jhl.sagepub.com/content/17/4/326.full.pdf+html>
- Oliveira, M.I.C., Camacho, L.A.B. & Souza, E.O. (2005). Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. *Cadernos de Saúde Pública*, 21 (6), 1901-1910. Acesso em Abril 6, 2014, em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n6/30.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. Conselho de Enfermagem (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. Comissão de Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (2007). *Amamentação: uma escolha saudável*. [Folheto]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2010). *Competências do enfermeiro especialista em saúde materna, obstétrica e ginecológica e do enfermeiro de cuidados de enfermagem gerais no âmbito da saúde reprodutiva*. Parecer nº 3/2010 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

- Ordem dos Enfermeiros. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2012). *Recomendações para a preparação do nascimento*. Recomendação nº2/2012 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica 2012-2015.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *15 Propostas para melhorar a eficiência do Serviço Nacional de Saúde. Contributos da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Parada, C.M.G.L., Carvalhaes, M.A.B.L., Winckler, C.C., Winckler, L.A. & Winckler, V.C. (2005). Situação do aleitamento materno em população assistida pelo programa de saúde da família-PSF. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 13 (3), 407-414.
- Parizotto, J. & Zorzi, N.T. (2008). Aleitamento Materno: fatores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo. *O Mundo da Saúde*, 32 (4), 466-474. Acesso em Março 2, 2013, em http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/65/08_Aleitamento_baixa.pdf
- Paul, I.M., Downs, D.S., Schaefer, E.W., Beiler, J.S. & Weisman, C.S. (2013). Postpartum Anxiety and Maternal-Infant Health Outcomes. *Pediatrics*, 131, (4). e1218-1224. Acesso em Maio 24, 2014, em <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2013/02/26/peds.2012-2147.full.pdf+html>
- Pereira, M.A. (2006). *Aleitamento materno. Importância da correção da pega no sucesso da amamentação. Resultados de um estudo experimental*. Loures: Lusociência.
- Pereira, M.A. (2007). Ansiedade nos Médicos. In K.C.B.S., Guimarães (Org.), *Saúde Mental do Médico e do Estudante de Medicina*. São Paulo: Casa do Psicólogo. Acesso em Julho 17, 2013, em <http://books.google.pt/books?id=2hNLcNhRyEC&pg=PA157&dq=ansiedade+defini%C3%A7%C3%A3o&hl=pt-PT&sa=X&ei=JQLIU--9KujB7AaAuYGADw&ved=0CDAQ6AEwAA#v=onepage&q=ansiedade%20defini%C3%A7%C3%A3o&f=false>
- Pinto, T. (2008). Promoção, Protecção e Apoio ao Aleitamento Materno na Comunidade Revisão das Estratégias no Período Pré-natal e Após a Alta. *ArquiMed*, 22 (2/3), 57-68. Acesso em Janeiro 7, 2014, em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/am/v22n2-3/22n2-3a05.pdf>
- Primo, C. C. & Amorim, M.H.C (2008). Efeitos do relaxamento na ansiedade e nos níveis e IgA salivar de puérperas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16 (1).

- Ramos, C.V. & Almeida, J.A.G. (2003). Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. *Jornal de Pediatria*, 79 (5), 385-390. Acesso em Março 16, 2013, em <http://www.scielo.br/pdf/jped/v79n5/v79n5a04.pdf>
- Rea, M.F. (2004). Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. *Jornal de Pediatria*, 80 (5), 142-146. Acesso em Maio 24, 2012, em <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5s0/v80n5s0a05>
- Reeder, S.J., Martín, L. L.& Koniak, D. (1995). *Enfermería materno-infantil* (17ªed.). Madrid: McGraw-Hill.
- Relvas, A.P. (1996). *O Ciclo vital da família: perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Relvas, A.P. (2006). *Ciclo vital da família*. (4ª ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Relvas, A.P. & Lourenço, M.C. (2001). Uma abordagem familiar da gravidez e da maternidade: perspectiva sistémica. In M.C. Canavarro (Cord.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 106-131). Coimbra: Quarteto Editora.
- Rocha, L.M. & Gomes, A. (1998). Prevalência do aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida. *Saúde Infantil*, 20 (3), 59-66.
- Rodrigues, D.P., Fernandes, A.F.C., Rodrigues, M.S.P., Jorge, M.S.B. & Silva, R.M. (2007). Representações sociais de mulheres sobre o cuidado de enfermagem recebido no puerpério. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 15 (2), 197-204. Acesso em Dezembro 23, 2013, em <http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a07.pdf>
- Rodríguez, E.C., Martín, M.C.E., Muñoz, P.S.R. (1998). Lactancia materna. Retos y condicionantes sanitários y socioculturales. Estrategia educativa. *Revista Rol de Enfermería*, 21 (234), 56-63.
- Rodriguez, R.G. & Schaefer, L.A. (1992). Lactancia materna: Antigua práctica o nueva técnica?. *Revista Rol de Enfermería*, 161, 56-63.
- Roig, A.O., Martínez, M.R., García, J.C., Hoyos, S.P., Navidad, G.L., Álvarez, J.C.F.... González, R.G.L. (2010). Fatores associados ao abandono do aleitamento materno durante os primeiros seis meses de vida. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 18 (3).
- Sá, E. (2004). *A maternidade e o bebé* (2ª ed.). Lisboa: Fim de Século.
- Saffnaeur, E.S, Araújo, P.A., Guerra, R.C., Castro, F.N.S, Neto, C.O.M., Meneses, A.V. et al. (2013). Prevalência de intercorrências mamárias em puérperas de uma maternidade pública, Teresinha-IP. *Revista Nutrire*, 38, Supl.121. Acesso em Maio 24, 2014, em

<http://www.revistanutrire.org.br/articles/view/id/5249719b5ce02ac97800000c?languageSelector=en&>

- Salim, N.R., Araújo, N.M. & Gualda, D.M.R. (2010). Corpo e sexualidade: a experiência de um grupo de puérperas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18 (4).
- Sandes, A., Nascimento, C., Figueira, J., Gouveia, R., Valente, S., Martins, S. et al. (2007). Aleitamento Materno: Prevalência e Factores Condicionantes. *Acta Médica Portuguesa*, 20, 193-200.
- Santos, E.M. & Morais, S.H.G. (2011). A visita domiciliar na estratégia saúde da família: percepção de enfermeiros. *Cogitare Enfermagem*, 16 (3), 492-497. Acesso em Agosto 6, 2013, em <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/21761/16235>
- Santos, R., Cardoso, B., Duarte, V., Henriques, C.M.G., Jorge, S. & Alexandre, J. (2012). Dificuldades dos pais no cuidar do recém-nascido. *Medwave*, 4. Acesso em Maio 24, 2013, em <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/5408>
- Santos, V.L.F., Soler, Z.A.S.G. & Azoubel, R. (2005). Alimentação de crianças no primeiro semestre de vida: enfoque no aleitamento materno exclusivo. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil*, 5 (3), 283-291. Acesso em Setembro 23, 2013, em <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n3/a04v5n3.pdf>
- Sarafana, S., Abecasis, F., Tavares, A., Soares, I. & Gomes, A. (2006). Sociedade Portuguesa de pediatria. Aleitamento Materno: evolução na última década. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 1 (37), 9-14.
- Schimoda, G.T. & Silva, I.A. (2010). Necessidades de saúde de mulheres em processo de amamentação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63 (1), 58-65. Acesso em Maio 24, 2014, em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a10.pdf>
- Schlomer, J.A. Kemmerer, J. & Twiss, J.J. (1999). Evaluating the Association of Two Breastfeeding Assessment Tools with Breastfeeding Problems and Breastfeeding Satisfaction. *Journal of Human Lactation*, 15 (1). 35-39. Acesso em Maio 20, 2013, em <http://jhl.sagepub.com/content/15/1/35>
- Schumcher, K.L. & Meleis, A.I. (2010). Transitions: A central Concept in Nursing. In A.I. Meleis (Ed.), *Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice* (pp. 38-51). New York: Springer Publishing Company.
- Scott, J.A., Binns, C.W., Oddy, W.H. & Graham, K.I. (2006). Predictors of Breastfeeding Duration: Evidence From a Cohort Study. *Pediatrics*, 117, e646. Acesso em Maio 24,

- 2014, em http://www.hawaii.edu/hivandaids/Predictors_of_Breastfeeding_Duration__Evidence_From_a_Cohort_Study.pdf
- Sheehan, A., Schmied, V. & Barclay, L. (2009). Women's experiences of infant feeding support in the first 6 weeks post-birth. *Maternal and Child Nutrition*, 5 (2), 138-150. Acesso em Abril 30, 2013, em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1740-8709.2008.00163.x/pdf>
- Sheehan, A., Schmied, V. & Barclay, L. (2013). Exploring the Process of Women's Infant Feeding Decisions in the Early Postbirth Period. *Qualitative Health Research*, 23 (7), 989-998. Acesso em Maio 24, 2014, em <http://qhr.sagepub.com/content/23/7/989.full.pdf+html>
- Silva, D.R. (2006). O Inventário de Estado-Traço de Ansiedade - STAI. In M. M. Gonçalves, M.R. Simões, L.S. Almeida & C. Machado (Eds), *Avaliação psicológica – Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. 1, 2ª ed, pp. 45-60). Coimbra: Quarteto.
- Silva, I. A. (2000). Enfermagem e aleitamento materno: combinando práticas seculares. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 34 (4), 362-369. Acesso em Maio 24, 2014, em <http://www.revistas.usp.br/reusp/article/view/41177/44723>
- Silva, I.A. (2001). O profissional re-conhecendo a família como suporte social para a prática do aleitamento materno. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, 3 (1), 7-14. Acesso em Maio 24, 2014, em <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/view/4951/3767>
- Silva, S.M.A. (2012). *Vinculação materna durante após a gravidez: ansiedade, depressão, stress e suporte social*. Tese de mestrado não publicada, Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Portugal.
- Silva, T. (2013). Aleitamento materno: prevalência e factores que influenciam a duração da sua modalidade exclusiva nos primeiros seis meses de idade. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 44 (5), 223-8.
- Silva, A.I. & Figueiredo, B. (2005). Sexualidade na gravidez e após o parto. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25 (3), 253-264.
- Silva, I.M.D., Silva, K.V., Leal, L.P. & Javorski, M. (2011). Técnica da amamentação: preparo das nutrízes atendidas em um hospital escola, Recife-PE. *Revista Rene*, 12, 1021-1027. Acesso em Novembro 3, 2013, em <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/331>

- Sisk, P.M., Lovelady, C.A., Dillard, R.G. & Gruber, K.J. (2006). Lactation Counseling for Mothers of Very Low Birth Weight Infants: Effect on Maternal Anxiety and Infant Intake of Human Milk. *Pediatrics*, 117 (1), e67-e75. Acesso em Maio 4, 2014, em <http://pediatrics.aappublications.org/content/117/1/e67.full.pdf+html>
- Skari, H, Skreden, M., Malt, U.F., Dalholt, M., Ostensen, A.B., Egeland, T. & Emblem, R. (2002). Comparative levels of psychological distress, stress symptoms, depression and anxiety after childbirth—a prospective population-based study of mothers and fathers. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109 (19), 1154–1163. Acesso em Maio 24, 2014, em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2002.00468.x/pdf>
- Soares, H.M. (2008). *O acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: intervenção de enfermagem*. Tese de mestrado não publicada, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Portugal.
- Souza-Filho, M.D., Neto, P.N.T.G.& Carvalho-Martins, M.C. (2011). Avaliação dos problemas relacionados ao aleitamento materno a partir do olhar da enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 16 (1), 70-75. Acesso em Julho 12, 2013, em <http://dx.doi.org/10.5380%2Fce.v16i1.21114>
- Souza, M.J.N., Barnabé, A.S., Oliveira, R.S. & Ferraz., R.R.N. (2009). A importância da orientação à gestante sobre amamentação: fator para diminuição dos processos dolorosos mamários. *ConScientiae Saúde*, 8 (2), 245-249. Acesso em Julho 2, 2013, em http://www.uninove.br/PDFs/Publicacoes/conscientiae_saude/csaude_v8n2/cnsv8n2_3k1475.pdf
- Sousa, N. & Bernardes, A. C. (2010). Aleitamento materno: prevalência e caracterização da informação prestada. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 26, 440-448.
- Spielberg, C.D. & Vagg, P.R. (1995). *Test Anxiety: Theory, Assessement and Treatment*. Washington: Taylor & Francis. Acesso em Maio 24, 2014, em http://books.google.pt/books?id=1QZ-37sCI9wC&pg=PR5&hl=pt-PT&source=gbs_selected_pages&cad=2#v=onepage&q&f=false
- Stanhope M. & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública* (7ªed.). Loures: Lusodidacta.
- Stuebe, A.M, Grewen, K., Pedersen, C.A., Propper, C. & Meltzer-Brody, S. (2012). Failed Lactation and Perinatal Depression: Common Problems with Shared Neuroendocrine

- Mechanisms?. *Journal of Women's Health*, 21 (3), 264-272. Acesso em Abril 24, 2013, em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3298672/pdf/jwh.2011.3083.pdf>
- Tavares, M. & Botelho, M. (2009). Prevenir a Depressão Pós-Parto: Uma análise ao conhecimento existente. *Pensar Enfermagem*, 13 (2), 19-29. Acesso em Agosto 7, 2012, em [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_2_19-29\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_2_19-29(1).pdf)
- Teixeira, M.M, Vasconcelos, V.M., Silva, D.M.A., Martins, E.M.C.S., Martins, M.C. & Frota, M.A. (2013). Percepções de primíparas sobre orientações no pré-natal acerca do aleitamento materno. *Revista Rene*, 14 (1), 179-186. Acesso em Maio 24, 2014, em <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/209/pdf>
- Thulier, D. & Mercer, J. (2009). Variables associated with breastfeeding duration. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 38 (3), 259-268. Acesso em Fevereiro 4, 2013, em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1552-6909.2009.01021.x/pdf>
- Torre, M.A. (2001). *Cuidados de enfermagem à puérpera numa perspectiva antropológica*. Tese de mestrado não publicada, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Portugal.
- Townsend, M.C. (2010). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica : conceitos de cuidado na prática baseada na evidência* (6ªed.). Loures: Lusociência.
- Tuckman, B. W. (2002). *Manual de Investigação em Educação* (2ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- ULSAM. (2013). *Relatório sobre o acesso a cuidados de saúde 2012*. Viana do Castelo: ULSAM, EPE.
- UNICEF (2006). *1990-2005- Celebrating the Innocenti Declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding: past achievements, present challenges and priority actions for infant and young child feeding*. Florença: UNICEF.
- Van Bussel, J.C.H., Spitz, B. & Demyttenaere, K. (2009). Anxiety in pregnant and postpartum women. An exploratory study of the role of maternal orientations. *Journal of Affective Disorders*, 114 (1-3), 232-242. Acesso em Maio 24, 2014, em <https://lirias.kuleuven.be/bitstream/123456789/186902/2/Anxiety+in+pregnant+and+postpartum+women.+An+exploratory+study+of+the+role+of+maternal+orientations..pdf>
- Van Odijk, J., Kull, I., Borres, M.P., Brandtzaeg, P., Edberg, U., Hanson, L.A. ... Wille, S. (2003). Breastfeeding and allergic disease: a multidisciplinary review of the literature (1966-2001) on the mode of early feeding in infancy and its impact on later atopic

- manifestations. *Allergy*, 58 (9), 833-843. Acesso em Janeiro 18, 2014, em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1034/j.1398-9995.2003.00264.x/pdf>
- Van Teeffelen, A.S., Nieuwenhuijze, M. & Korstjens, I. (2011). Women want proactive psychosocial support from midwives during transition to motherhood: a qualitative study. *Midwifery*, 27 (1), e122-127. Acesso em Maio 24, 2014, em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613809001235>
- Veríssimo, S.M.A.C. (2010). *Relações entre ansiedade-estado e ansiedade-traço, sintomas depressivos e sensibilidade ao stress em puérperas*. Tese de mestrado não publicada, Universidade Lusófona e Humanidades, Faculdade de Psicologia, Portugal.
- Vieira, G.O., Almeida, J.A.G., Silva, L.R., Cabral, V. A. & Netto, P.V.S. (2004). Factores associados ao aleitamento materno e desmame em Feira de Santana, Bahia. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 4 (2), 143-150. Acesso em Maio 24, 2014, em <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n2/21000.pdf>
- Wagner, C.L., Wagner, M.T., Ebeling, M., Chatman, K.G., Cohen, M. & Hulsey, T. C. (2006). The Role of Personality and other factors in a Mother's Decision to Initiate Breastfeeding. *Journal of Human Lactation*, 22 (1), 16-26. Acesso em Maio 24, 2014, em <http://jhl.sagepub.com/content/22/1/16.long>
- White, M.L. (2002). *A correlacional study examining the relationships among maternal breastfeeding self-efficacy, problem-solving skills, satisfaction with breastfeeding experience and duration*. Canadá: National Library of Canadá. Acesso em Maio 5, 2014, em http://collections.mun.ca/PDFs/theses/White_MarilynL.pdf
- WHO. (1989). *Protection, promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity services*. Geneva: WHO.
- WHO. (2001). *54.2 World Health Assembly - Infant and young child nutrition: The Fifty-fourth World Health Assembly*. Geneva: WHO. Acesso em Maio 15, 2012, em http://www.who.int/nutrition/topics/WHA54.2_iycn_en.pdf.
- WHO. (2002). *Nutrient adequacy of exclusive breastfeeding for the term infant during the first six months of life*. Geneva: WHO.
- WHO. (2008). *Millenium Development Goal 5 - Improving Maternal Mental Health*. Geneva: WHO.
- WHO. (2010a). *La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud*. Washington: WHO.

- WHO. (2010b). *63.23 World Health Assembly - Infant and young child nutrition: The Sixty-three World Health Assembly*. Geneva: WHO. Acesso em Maio 15, 2012, em http://www.who.int/nutrition/topics/WHA54.2_iycn_en.pdf.
- WHO. (2012a). *16th Annual Meeting of the European Forum of National Nursing and Midwifery Associations and WHO*. Copenhagen: WHO.
- WHO. (2012b). *Caring for the newborn at home: a training course for community health workers*. Geneva: WHO.
- WHO. (2013a). *Guidelines on maternal, newborn, child and adolescent health – Recommendations on maternal and perinatal health*. Geneva: WHO.
- WHO (2013b). *WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn*. Geneva: WHO.
- WHO/UNICEF. (1993). *Aconselhamento em amamentação: um curso de treinamento. Manual do participante*. São Paulo: Instituto da Saúde, Ed. Nelson Francisco Brandão.
- WHO/UNICEF. (2003). *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. Geneva: WHO.
- WHO/UNICEF. (2009a). *Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Conclusions of consensus meeting held 6-8 November 2007*. Geneva: WHO.
- WHO/UNICEF. (2009b). *Declaración conjunta: Visitas Domiciliárias al recién-nacido: una estrategia para aumentar la supervivência*. Geneva: WHO.
- Wilkins, C. (2006). A qualitative study exploring the support needs of first-time mothers on their journey towards intuitive parenting. *Midwifery*, 22 (2), 169-180. Acesso em Outubro 2, 2013, em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S026661380500063X#>
- Womenshealth.gov [s.d.]. *Buena salud de por vida. Su Guia para Mantenerse Sana*. Departamento de salud y servicios humanos de los EE UU - oficina para la salud de la mujer. Acesso em Maio 11, 2013, em www.midwife.org division of womens health policy and headships. American college of nurses-midwives.
- Wu, D.S., Hu, J. McCoy, T.P. & Efird, J.T. (2014). The effects of a breastfeeding self-efficacy intervention on short-term breastfeeding outcomes among primiparous mothers in Wuhan, China. *Journal Advanced Nursing*, 70 (8), 1867-1879. Acesso em Maio 24, 2014, em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.12349/pdf>
- Yonemoto, N., Dowswell, T., Nagai, S. & Mori, R. (2013). *Schedules for home visits in the early postpartum period*. Cochrane Database of Systematic Reviews. Acesso em Abril, 15, 2104 em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009326.pub2/pdf>

- Ystrom, E. (2012). Breastfeeding cessation and symptoms of anxiety and depression: a longitudinal cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12 (36). Acesso em Maio 8, 2013, em <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2393-12-36.pdf>
- Ystrom, E., Niegel, S., Klepp, K.I. & Vollrath, M.E. (2008): The impact of maternal negative affectivity and general self-efficacy on breast-feeding: The Norwegian Mother and Child Cohort Study. *Jornal de Pediatria*, 152, 68–72. Acesso em Maio 24, 2014, em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002234760700563X?via=ihub>
- Zadoroznyj, M. (2006). Postnatal care in the community: report of an evaluation of birthing women's assessments of a postnatal home-care programme. *Health and Social Care in Community*, 15 (1), 35-44. Acesso em Maio 24, 2014, em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2524.2006.00664.x/pdf>
- Zagonel, I.P.S. (1999). O cuidado Humano Transicional na Trajectória de Enfermagem. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 7 (3), 25-32.
- Zorzi, N.T. & Bonilha, A.L.L. (2006). Práticas utilizadas pelas puérperas nos problemas mamários. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59 (4), 521-526. Acesso em Maio 24, 2014, em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n4/a09v59n4.pdf>

Apêndices e Anexos

Apêndice 1 – Instrumentos de colheita de dados

I PARTE

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

Charles D. Spielberger

STAI Forma Y-2

Forma adaptada: Danilo R. Silva e Sofia Correia

INSTRUÇÕES: Em baixo encontra um conjunto de frases que as pessoas costumam utilizar para se descreverem a si próprias.

Leia cada uma das frases e assinale com uma cruz (X) sobre o número da direita que indica como se sente habitualmente. Não demore muito tempo com cada frase, e não se esqueça que não há respostas certas nem erradas.

	T - _____			
	Quase Nunca	Algumas Vezes	Frequentemente	Quase Sempre
Sinto-me bem.	1	2	3	4
Sinto-me nervosa e inquieta.	1	2	3	4
Sinto-me satisfeita comigo própria.	1	2	3	4
Quem me dera ser feliz como os outros parecem sê-lo.	1	2	3	4
Sinto-me uma falhada.	1	2	3	4
Sinto-me tranquila.	1	2	3	4
Sou calma, ponderada e senhora de mim mesma.	1	2	3	4
Sinto que as dificuldades estão acumular-se de tal forma que não consigo resolvê-las.	1	2	3	4
Preocupo-me demais com coisas que na realidade não têm importância.	1	2	3	4
Sou feliz.	1	2	3	4
Tenho pensamentos preocupantes.	1	2	3	4
Não tenho muita confiança em mim.	1	2	3	4
Sinto-me segura.	1	2	3	4
Tomo decisões com facilidade.	1	2	3	4
Muitas vezes sinto que não sou capaz.	1	2	3	4
Estou contente.	1	2	3	4
Às vezes, passam-me pela cabeça pensamentos sem importância que me aborrecem.	1	2	3	4
Tomo os desapontamentos tão a sério que não consigo afastá-los.	1	2	3	4

	Quase Nunca	Algumas Veze	Frequentemente	Quase Sempre
Sou uma pessoa estável.	1	2	3	4
Fico tensa e desorientada quando penso nas minhas preocupações e interesses mais recentes.	1	2	3	4

II PARTE

CARACTERIZAÇÃO DA GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO

1. Frequência da Sessão de Aleitamento Materno no Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade

Sim ☐ Não ☐

2. Duração da Gestação _____ semanas

3. Tipo de Parto

Eutócico ☐ Distócico ☐ especifique. _____

4. Contacto pele a pele 1ª hora de vida

Sim ☐ Não ☐

5. Estabelecimento da mamada na 1ª hora de vida

Sim ☐ Não ☐

6. Peso do RN

7. Apgar 1º e 5º

7.1 - 1º _____ 7.2 - 5º _____

8. Intercorrências neonatais durante o internamento hospitalar

9. Intercorrências no puerpério durante o internamento hospitalar

10. Visita Domiciliária

Sim ☐ Não ☐

11. Realizada por:

11.1 - Enfermeira de família ☐

11.2 - Enfermeira especialista SMO ☐

11.3 - Outro enfermeiro especialista. ☐ Qual? _____

III PARTE

I – ALEITAMENTO MATERNO

1 – A sua gravidez foi pensada para esta altura da sua vida?

Sim ☐

Não ☐

2 – Quando decidiu amamentar?

Antes de estar grávida ☐

Depois de estar grávida ☐

Depois do nascimento ☐

3 – A decisão de amamentar foi tomada por:

3.1 - Iniciativa própria ☐

3.2- Conselho do enfermeiro de família ☐

3.3- Conselho da enfermeira do Curso de Preparação para o Parto ☐

3.4- Conselho do médico ☐

3.5- Conselho de amigas ☐

3.6- Conselho da família ☐

3.7- Conselho de outros ☐ Quais? _____

4 – A sua decisão foi partilhada pelo seu cônjuge/companheiro?

Sim ☐

Não ☐

5 – Quando deu leite materno pela primeira vez ao seu bebé?

_____ dia de vida do bebé

6 – Qual foi a alimentação do seu bebé ontem? (Pode assinalar mais do que uma resposta)

6.1-Leite materno ☐

6.2-Leite artificial ☐

6.3-Água/chá ☐

6.4- Outros Alimentos. ☐ Quais? _____

Se assinalou somente leite materno, passe à questão nº 9.

7 - Quando deu pela primeira vez água/chá ao bebê?

Idade do bebê _____ meses e ____ dias

8 - Quando deu pela primeira vez leite artificial ao bebê?

Idade do bebê _____ meses e ____ dias

9 - Relativamente ao período em que amamentou o seu bebê com que frequência surgiram estas situações? (assinale a opção que mais representa a sua opinião)

	Nunca	Poucas Vezez	Algumas Vezez	Muitas Vezez
Mamilos gretados				
Mamas duras e dolorosas				
Infecção na Mama				

10 - Como resolveu os problemas com a mama anteriormente referidos? (Pode assinalar mais do que uma resposta)

10.1- Fui capaz de resolver sozinha ☐

10.2- Com ajuda da enfermeira de família ☐

10.3- Com a ajuda da enfermeira do curso de preparação para o parto ☐

10.4- Com ajuda do médico ☐

10.5- Desapareceram espontaneamente ☐

ESCALA DE AVALIAÇÃO MATERNA DA AMAMENTAÇÃO

(Ellen W. Leff, 1994. Versão portuguesa de Garcia Galvão, 2000)

Considere toda a experiência da amamentação e por favor responda a todas as perguntas. Indique o seu acordo ou desacordo, assinalando com uma cruz (X) a quadrícula que melhor expresse a sua experiência.

	Discordo totalmente	Discordo	Sem Opinião	Concordo	Concordo Totalmente
A amamentação deu-me satisfação interior.					
A amamentação proporcionou-me momentos especiais com o meu bebé.					
O meu bebé não tinha qualquer interesse em mamar.					
O meu bebé adorou mamar.					
Para mim foi um fardo ser a principal fonte de alimentação do meu bebé.					
Senti-me extremamente ligada ao meu bebé quando o amamentei.					
O meu bebé mamava avidamente.					
A amamentação foi fisicamente esgotante.					
Para mim foi importante poder amamentar.					
Durante a amamentação, o crescimento do meu bebé foi excelente.					
Eu e o meu bebé trabalhamos em conjunto para que a amamentação corresse calmamente.					
A amamentação foi uma experiência muito afectiva e maternal.					
Enquanto amamentei, senti constrangimento em relação ao meu corpo.					
Enquanto amamentei, senti-me demasiado presa todo o tempo.					

	Discordo totalmente	Discordo	Sem Opinião	Concordo	Concordo Totalmente
Enquanto amamentei, preocupei-me com o aumento de peso do meu bebé.					
A amamentação acalmava o meu bebé quando este estava aborrecido ou chorava.					
A amamentação era como uma espécie de êxtase.					
O facto de produzir alimento para alimentar o meu bebé foi muito gratificante.					
No princípio, o meu bebé teve problemas com a amamentação.					
A amamentação fez-me sentir uma boa mãe.					
Gostei muito de amamentar.					
Enquanto amamentei, ansiava por retomar a minha forma física.					
A amamentação fez-me sentir mais confiante como mãe.					
O meu bebé desenvolveu-se muito bem com a amamentação.					
A amamentação fez com que o meu bebé se sentisse mais seguro.					
Pude ajustar facilmente a amamentação do meu bebé com as minhas outras actividades.					
A amamentação fez-me sentir como se fosse uma vaca.					
O meu bebé não relaxava enquanto mamava.					
A amamentação foi emocionalmente desgastante.					
A amamentação foi uma sensação maravilhosa para mim.					

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

Charles D. Spielberger

STAI Forma Y-1

Forma adaptada: Danilo R. Silva e Sofia Correia

INSTRUÇÕES: Em baixo encontra um conjunto de frases que as pessoas costumam utilizar para se descreverem a si próprias.

Leia cada uma delas e assinale com uma cruz (X) sobre o número da direita que indica como se sente agora, isto é, **neste preciso momento**.

Não demore muito tempo com cada frase, e não se esqueça que não há respostas certas nem erradas.

	E - _____			
	Nada	Um pouco	Moderada	Muito
Sinto-me calma.	1	2	3	4
Sinto-me segura.	1	2	3	4
Estou tensa.	1	2	3	4
Sinto-me esgotada.	1	2	3	4
Sinto-me à vontade.	1	2	3	4
Sinto-me perturbada.	1	2	3	4
Presentemente, ando preocupada com desgraças.	1	2	3	4
Sinto-me satisfeita.	1	2	3	4
Sinto-me assustada.	1	2	3	4
Estou descansada.	1	2	3	4
Sinto-me confiante.	1	2	3	4
Sinto-me nervosa.	1	2	3	4
Sinto-me inquieta.	1	2	3	4
Sinto-me indecisa.	1	2	3	4
Estou descontrainda.	1	2	3	4
Sinto-me contente.	1	2	3	4
Estou preocupada.	1	2	3	4
Sinto-me confusa.	1	2	3	4
Sinto-me uma pessoa estável.	1	2	3	4
Sinto-me bem.	1	2	3	4

V – DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS

1 – Qual a sua idade? ____ anos

2 – Qual o seu estado civil?

Solteira ☐

Casada ☐

Viúva ☐

União de facto ☐

Divorciada ☐

3 – Com quem vive?

4 – Qual o nível de ensino que concluiu?

5 – Qual a sua profissão? _____

6 – Qual a sua situação profissional?

6.1 - Empregada ☐

6.2- Desempregada ☐

6.3 - Estudante ☐

6.4 - Trabalhador-estudante ☐

7 – Onde reside?

Aldeia ☐

Vila ☐

Cidade ☐

8 – Onde realizou a vigilância da sua gravidez?

8.1 - Centro de Saúde ☐

8.2 - Hospital ☐

8.3 - Consultório privado ☐

8.4 - Outro. ☐ Qual? _____

Muito Obrigado! Carla Ribas

Apêndice 2 – Manual de procedimentos para a colheita de dados

Procedimentos para a Colheita de Dados

Estudo sobre o impacto da intervenção na visita domiciliária da enfermeira especialista no sucesso do aleitamento materno e ansiedade

Sempre que necessitar de algum esclarecimento sobre o trabalho ou dúvidas relativamente a algum procedimento por favor contacte com Carla Ribas através dos contactos: telemóvel 969068323 ou rede fixa 258719300 ou via email carlaribaslaranjeira@hotmail.com.

Cada questionário é constituído por três partes:

1ª Parte a ser aplicada pela enfermeira especialista durante o programa de preparação para o parto e parentalidade durante os meses de Setembro e Outubro de 2013 a todas as grávidas primíparas.

2ª Parte para preenchimento pela enfermeira especialista ou responsável da unidade funcional na 1ª semana após o parto.


3ª Parte a ser aplicada na consulta/acto de vacinação aos 3 meses de vida do lactente nos meses de Novembro, Dezembro de 2013 e Janeiro de 2014 a todas as puérperas inscritas nas unidades de saúde da ULSAM que reúnam os seguintes critérios: Puérpera Primípara com ansiedade traço ≥ 40 ; ter frequentado o programa de preparação para o parto e parentalidade durante o período pré-natal (1 ou mais sessões sobre aleitamento materno); Recém-nascido sem internamento em Neonatologia.

A codificação dos questionários deve ser atribuída a partir do número 1.

Os questionários devem ser guardados pela enfermeira especialista ou enfermeira coordenadora da unidade funcional pasta específica para o efeito.

Solicito a melhor compreensão e colaboração da enfermeira especialista em SMO e enfermeira coordenadora de cada unidade funcional na aplicação dos questionários assim como a articulação com as enfermeiras de família das participantes.

Desde já agradeço toda a colaboração prestada, sem a qual este trabalho não seria exequível.


(Carla Ribas)

Procedimentos para a Colheita de Dados

*Estudo sobre o impacto da intervenção na visita domiciliária da enfermeira especialista
no sucesso do aleitamento materno e ansiedade
Grupo Experimental*

Sempre que necessitar de algum esclarecimento sobre o trabalho ou dúvidas relativamente a algum procedimento por favor contacte com Carla Ribas através dos contactos: telemóvel 969068323 ou rede fixa 258719300 ou via email carlaribaslaranjeira@hotmail.com.

Cada questionário é constituído por três partes:

1ª Parte a ser aplicada pela enfermeira especialista durante o programa de preparação para o parto e parentalidade durante os meses de Setembro e Outubro de 2013 a todas as grávidas primíparas.

2ª Parte para preenchimento pela enfermeira especialista ou responsável da unidade funcional na 1ª semana após o parto.

3ª Parte a ser aplicada na consulta/acto de vacinação aos 3 meses de vida do lactente nos meses de Novembro, Dezembro de 2013 e Janeiro de 2014 a todas as puérperas inscritas nas unidades de saúde da ULSAM que reúnam os seguintes critérios: Puérpera Primípara com ansiedade traço ≥ 40 ; ter frequentado o programa de preparação para o parto e parentalidade durante o período pré-natal (1 ou mais sessões sobre aleitamento materno); Recém-nascido sem internamento em Neonatologia.

A enfermeira especialista deverá adoptar os seguintes procedimentos:

- 1º Informar as grávidas primíparas e obter o seu consentimento para participar no estudo.
- 2º Identificar as grávidas entre as 30 - 36 semanas relativamente ao traço ansiedade. Todas as grávidas/puérperas que não cumpram os critérios de inclusão deverão ser excluídas e não serão alvo de intervenção.
- 3º Promover a realização da VD na 1ª semana após parto, orientando a grávida para contactar a unidade logo que ocorra o nascimento e possível alta hospitalar.
- 4º Esclarecer a grávida sobre os objetivos e vantagens da VD.
- 5º Informar acerca da presença da pessoa significativa durante a VD.
- 6º Agendamento telefónico da VD. Preencher II Parte do questionário.

Procedimentos para a Colheita de Dados

7º Gestão da viatura do serviço e articulação com a enfermeira de família no sentido de garantir o atingimento dos indicadores da enfermagem familiar.


8º Realização da VD de acordo com o procedimento elaborado.

9º Articulação com a enfermeira de família para aplicação da III parte do questionário do estudo na consulta/acto de vacinação aos 3 meses de vida do lactente.

A codificação dos questionários deve ser atribuída a partir do número 1.

Os questionários devem ser guardados pela enfermeira especialista ou enfermeira coordenadora da unidade funcional pasta específica para o efeito.

Desde já agradeço toda a colaboração prestada, sem a qual este trabalho não seria exequível.



(Carla Ribas)

Procedimentos para a Colheita de Dados

Anexos:

Entrevista Pós-Natal Plano Nacional de Saúde Mental

Grelha de Observação da Mamada

Faixa Musical em Suporte digital

Determinação do STAI – Forma Y – 2 (Traço)

O questionário é constituído por 20 questões, cujo *score* vai desde 20 a 80, sendo que quanto maior a pontuação maior a ansiedade. Para a quantificação e interpretação das respostas atribui-se a pontuação correspondente à resposta dada para cada uma das questões.

Os *scores* para as questões de carácter positivo são invertidos, ou seja se a grávida responder 4, atribui-se o valor de 1 na codificação; se responder 3, atribui-se o valor de 2; se responder 2, atribui-se o valor 3 e se responder 1 atribui-se o valor 4.

As questões negativas são 1, 3, 6, 7, 10, 13, 14, 16 e 19.

FORMULÁRIO PARA OBSERVAÇÃO DA MAMADA

Nome da Mãe: _____		Data: _____	
Nome do Bebê: _____		Idade do bebê _____	
(Sinais entre parêntesis apenas para recém-nascidos e não para bebês mais velhos)			
Amamentação vai bem		Possíveis dificuldades	
POSTURA CORPORAL			
<input type="checkbox"/> Mãe relaxada e confortável	<input type="checkbox"/> Mãe com ombros tensos e inclinada sobre o bebê	<input type="checkbox"/> Bebê próximo, de frente para a mama	<input type="checkbox"/> Corpo do bebê longe do da mãe
<input type="checkbox"/> Cabeça e corpo do bebê em linha recta	<input type="checkbox"/> Pescoço do bebê torcido	<input type="checkbox"/> Queixo do bebê toca a mama	<input type="checkbox"/> Queixo do bebê não toca a mama
<input type="checkbox"/> (Nádegas do bebê apoiadas)	<input type="checkbox"/> (Só ombro ou cabeça apoiado)	<input type="checkbox"/> Mãe segura mama em forma de C*	<input type="checkbox"/> Mãe segura mama em forma de tesoura*
RESPOSTAS			
<input type="checkbox"/> Bebê procura a mama quando sente fome	<input type="checkbox"/> Nenhuma resposta à mama	<input type="checkbox"/> (Bebê roda e procura a mama)	<input type="checkbox"/> (Não procura a mama)
<input type="checkbox"/> Bebê explora a mama com a língua	<input type="checkbox"/> Bebê não interessado na mama	<input type="checkbox"/> Bebê calmo e alerta à mama	<input type="checkbox"/> Bebê inquieto ou chorando
<input type="checkbox"/> Bebê mantém a pega da aréola	<input type="checkbox"/> Bebê não mantém a pega da aréola	<input type="checkbox"/> Sinais de saída de leite (extravasamento, dores uterinas e fisgadas)	<input type="checkbox"/> Não há sinais de saída de leite
VÍNCULO EMOCIONAL			
<input type="checkbox"/> Mãe segura bebê no colo com firmeza e segurança	<input type="checkbox"/> Mãe segura bebê nervosa ou com pouca força	<input type="checkbox"/> Mãe e bebê mantêm contacto visual	<input type="checkbox"/> Nenhum contacto visual mãe-filho
<input type="checkbox"/> Muito toque materno	<input type="checkbox"/> Pouco toque materno ou		<input type="checkbox"/> Sacolejando o bebê
ANATOMIA			
<input type="checkbox"/> Mamas macias após a mamada	<input type="checkbox"/> Mamas ingurgitadas	<input type="checkbox"/> Mamilos exteriorizados e protácteis	<input type="checkbox"/> Mamilos rasos ou invertidos
<input type="checkbox"/> Pela da mama com aparência saudável	<input type="checkbox"/> Pele da mama com fissuras ou vermelhidão	<input type="checkbox"/> Mamas com aparência arredondada	<input type="checkbox"/> Mamas tensas ou caídas
SUCÇÃO			
<input type="checkbox"/> Boca bem aberta	<input type="checkbox"/> Boca pouco aberta, aponta para a frente	<input type="checkbox"/> Lábio inferior virado para fora	<input type="checkbox"/> Lábio inferior virado para dentro
<input type="checkbox"/> Língua do bebê acoplada em redor do mamilo	<input type="checkbox"/> Língua do bebê não visível	<input type="checkbox"/> Bochechas arredondadas	<input type="checkbox"/> Bochechas tensas ou encovadas
<input type="checkbox"/> Mais aréola acima da boca do bebê	<input type="checkbox"/> Mais aréola abaixo da boca do bebê	<input type="checkbox"/> Sucção lenta e profunda, ruídos e pausa	<input type="checkbox"/> Apenas sucções rápidas
<input type="checkbox"/> Pode-se ver e/ou ouvir a deglutição	<input type="checkbox"/> Ouve-se ruídos altos		
TEMPO GASTO NA SUCÇÃO			
<input type="checkbox"/> Bebê solta a mama	<input type="checkbox"/> Mãe retire bebê da mama	<input type="checkbox"/> Bebê mamou durante _____ minutos	
Notas: _____			

ANEXO 2

Entrevista Pós-Natal

(European Early Promotion Project)
Promoção da saúde mental na gravidez e primeira infância através dos profissionais dos cuidados de saúde primários
(A aplicar cerca de 4-6 semanas após o parto)

Introdução

- Cumprimente a mãe de forma cortês e calorosa.
 - Apresente-se, dizendo o seu nome e cargo que desempenha.
 - Envolva-se numa conversa neutra e agradável, propícia ao relaxamento e conhecimento mútuo.
 - Explique a finalidade da entrevista/consulta.
- Comece, só então, a colher as informações necessárias.
O bebé deve estar presente e deve ser promovida a interacção mãe-bebé.

I – O NASCIMENTO

1 – Como foi o nascimento?

Encoraje a mãe a falar sobre o nascimento, a dizer como se sentiu e se houve alguma complicação.

II – SAÚDE PSICOLÓGICA

2 – Como se sente agora com o seu bebé?

Sentimentos positivos – reforce-os e encoraje a mãe a partilhá-los com o seu companheiro e outros membros da família.

Sentimentos negativos – encoraje a mãe a falar sobre eles com o pai da criança.

“Falou dos seus sentimentos com o pai do bebé?”

Se houver problemas de comunicação no casal, ofereça à mãe um modelo de comunicação, sugerindo-lhe que fale mais dos seus sentimentos:

“Pode falar-me mais sobre os seus sentimentos?”

Prepare-se para receber os sentimentos negativos da mãe, contendo-os e não fa-

zendo juízos de valor.

Prepare-se para lidar com os sentimentos negativos mais frequentes, tais como:

- Medos ou sentimentos de culpa a respeito da saúde física ou mental da criança e o seu desenvolvimento futuro;
- Sentimentos de incompetência ou dúvida acerca de ser uma "boa mãe";
- Sentir-se negligenciada ou abandonada pelos outros;
- Sentir-se extremamente tensa, irritada, sem ajuda, desesperada ou vazia.

Compreenda o conteúdo dos sentimentos negativos e para quem são dirigidos:

- à própria (o seu papel como mãe, insegurança, confusão, sentimentos de vazio, etc...)
- à criança ("ele(a) é um bebé difícil")
- ao exterior (a família, instituições médicas ou sociais)

Utilize as intervenções seguintes para gerir as dificuldades acima mencionadas:

- Encoraje a mãe a pensar no desenvolvimento da criança e nos modos de cuidar dela, fornecendo informações relevantes acerca disso e, se necessário, dando suporte à sua função materna;
- Encoraje a mãe a partilhar os seus sentimentos com o companheiro e outros membros da família, procurando o suporte necessário;
- Se necessário, ajude a mãe a conseguir o apoio psicológico ou social especializado. Esteja particularmente atento(a) às mães deprimidas (desesperadas, sem ajuda, indiferentes, vazias) ou muito ansiosas.

III - RESPOSTA E SUPORTE DA FAMÍLIA

3 – Como é que a chegada do bebé afectou os outros membros da família? Como foi a reacção do pai da criança?

Reacções / mudanças positivas – reforce-as.

Reacções/mudanças negativas – encoraje a mãe a expor as suas respostas e a explorar possíveis soluções (por exemplo: partilhar os cuidados ao bebé, as tarefas domésticas, passarem mais tempo juntos).

Pergunte sobre reacções, positivas ou negativas, de outros membros da família:

"Como foi a reacção dos outros filhos?"

(ciúmes, fazer mal, etc...)

"E os avós?"

Encoraje o envolvimento de outros membros da família com o novo bebé.

IV – PREOCUPAÇÃO DA MÃE COM O BEBÉ

4 – O que acha do desenvolvimento do bebé e do seu bem-estar?

Respostas positivas – reforce-as.

Respostas negativas – explore as preocupações, perguntando:

“Pode-me explicar melhor a sua preocupação?”

Se achar adequado, pode fornecer mais informação sobre o desenvolvimento da criança, o que poderá ajudar a conter a ansiedade da mãe.

Encoraje-a a falar sobre as suas preocupações com o pai do bebé.

“Já discutiu esse assunto com o pai do bebé? O que é que ele sente sobre isto?”

Incentive a mãe a procurar possíveis soluções com o seu parceiro:

“O que é que o seu companheiro pensa que poderá ser feito para melhorar o bem-estar do bebé?”

Se o casal antever alguma solução, reforce-a.

Se nenhuma solução for encontrada (ou se o companheiro não compreender), encoraje a mãe a discutir a situação consigo e, se necessário, a procurar ajuda adicional (por exemplo, do clínico geral).

V - PERCEPÇÃO DA MÃE SOBRE O SEU BEBÉ

5 – Como é o seu bebé?

Se a imagem for positiva, reforce-a.

Se a imagem for negativa, tente identificar a área de dificuldades, perguntando:

“Em que área é que o seu bebé tem mais dificuldade?”

Neste período (0-3 meses), os pais geralmente sentem que o seu bebé é difícil, pela dificuldade que este tem em estabelecer os ritmos fisiológicos (alimentação, sono, padrões de despertar) ou pelas próprias dificuldades na comunicação com o filho. Estas áreas devem ser sempre exploradas de acordo com a resposta a esta questão.

Esteja particularmente atento às mães que têm uma percepção negativa acentuada acerca do bebé.

As preocupações devem ser discutidas em supervisão e, se necessário, pedir consultoria a um especialista (ex. pedopsiquiatra).

VI - INTERACÇÃO MÃE-CRIANÇA

6 – *Como alimenta o seu bebé (amamentação/ alimentação a biberão)?*

Se esta questão não tiver sido discutida no primeiro contacto pós-natal, perguntar:

“Como é que a alimentação tem decorrido?”

Encoraje o contacto próximo entre a mãe e o bebé durante a alimentação (como o envolve, se há contacto olhos nos olhos e quais são os padrões de alimentação/ pausas).

7 – *Quantas vezes alimenta o seu bebé?*

Avalie a rigidez/flexibilidade dos horários e intervalos das refeições, se os padrões são impostos pelos pais, etc.

8 – *O que pensa o seu companheiro acerca disto?*

Se há dificuldades, explore as soluções que a mulher já considerou, etc.

9 – *Como é o sono do bebé (durante quanto tempo, quando, qual é o padrão)?*

Se a mãe falar de dificuldades acerca do sono do seu bebé, encoraje-a a discutir as suas expectativas e, se necessário, a pensar acerca das soluções possíveis:

“O que é que pensa que poderá ajudar o seu bebé a dormir? Já tentou encontrar alguma solução?”

Encoraje a mãe a procurar soluções com o seu parceiro e outros membros da sua família.

VII - COMUNICAÇÃO MÃE- FILHO

10 – Consegue dizer, pelo choro do seu bebé, se ele está zangado? É diferente do choro que tem quando está simplesmente desconfortável ou quando está doente?

Se necessário, encoraje a mãe a ter mais atenção aos diferentes significados dos sinais do bebé (i.e. chorar à noite) e a mostrar, pela sua resposta, que percebeu o significado da mensagem do bebé.

“Provavelmente, vai perceber que o choro do seu bebé tem diferentes significados.”

“Com a sua resposta, pode mostrar-lhe que percebeu a sua mensagem.”

11 – Passa algum tempo a falar com o seu bebé? Fale-me acerca disso (Ex. Quando? Onde? Como?)

“Acha que isso é importante?”

VIII - OS RECURSOS EMOCIONAIS DA MÃE PARA COM A CRIANÇA

12 – O seu bebé chora de tal forma que é difícil confortá-lo ou acalmá-lo?

Encoraje a mãe a dar-lhe uma descrição detalhada do que acontece. Por exemplo, pode aprofundar a questão com:

“Fale-me acerca da última vez e diga-me o que é que faz quando isso acontece?”

O objectivo destas perguntas é o de mostrar quando é que a mãe é capaz de conter a angústia/aflição da criança, e deixá-la expressar-se, ou quando tem dificuldades de contenção (por exemplo, quando a mãe reage com confusão, pânico ou ignorando a criança).

Se a capacidade da mãe para conter a angústia/aflição é considerada baixa, encoraje-a a procurar apoio noutros membros da família, em primeiro lugar no marido/companheiro/pai do bebé:

“Há mais alguém por perto que possa ajudar?”

Explore e discuta algumas actividades que podem ter um efeito calmante ou fa-

cilitador.

Tenha sempre o cuidado de assegurar que a mulher não fica com uma sensação de incapacidade/falha – alguns bebês choram muito e são difíceis de confortar. Dê uma atenção especial às mães que apresentem indiferença ou uma rejeição evidente da criança aflita/angustiado (ex. "Eu odeio-a"). Se necessário, deve encaminhá-la para uma consulta especializada.

IX - SITUAÇÃO FINANCEIRA

13 – A última vez que nos encontramos você pensou que podiam (ou não) existir problemas financeiros. Como é que está a situação agora?

X - SITUAÇÃO DA HABITAÇÃO

14 – A última vez que nos encontramos você estava (não estava) a ter problemas na habitação. Como é que está a situação agora?

XI - ACONTECIMENTOS DE VIDA

15 – Da última vez você disse que lhe tinha acontecido X (acontecimento de vida importante). Como é que se sente agora em relação à situação? e/ou

Aconteceu-lhe alguma coisa ainda mais importante que o nascimento do bebé desde a última vez que nós falámos?

XII - CONCLUSÃO

16 – Há mais alguma coisa que gostaria de mencionar?

É importante terminar a entrevista de uma forma adequadamente calorosa e positiva, reconhecendo que foram discutidas dificuldades e ansiedades e identificadas soluções, apoios ou forças (pontos fortes). Um pequeno resumo de alguns dos pontos importantes pode ser útil, terminando com comentários genuínos de incentivo para a mãe.

Mostre boa vontade/disponibilidade para voltar a falar nos assuntos apresentados e combine a marcação da próxima visita.

Apêndice 3 – Consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Carla Augusta Gonçalves Ribas, enfermeira especialista em saúde materna, obstétrica e ginecológica no ACES da ULSAM, mestranda do I Curso de Mestrado de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo encontra-se a desenvolver um estudo de investigação intitulado "Qual o efeito da visita domiciliária realizada pela enfermeira especialista em saúde materna, obstétrica e ginecológica na primeira semana pós parto em mulheres com ansiedade traço ≥ 40 no sucesso do aleitamento materno e ansiedade estado" cujo objetivo consiste em determinar o impacto da intervenção na visita domiciliária da enfermeira especialista no sucesso do aleitamento materno e na gestão da ansiedade, contribuindo assim para perspectivar e melhorar a intervenção de enfermagem à mulher/recém-nascido no domicílio.

Deste modo solicita a sua colaboração no preenchimento do seguinte questionário.

A sua participação sincera é fundamental. Não existem respostas certas, nem erradas, o importante é que responda espontaneamente.

O preenchimento deste questionário é fácil e rápido. Deve assinalar com uma cruz (X) a(s) resposta(s) que acha mais correta(s) para si, ou que mais se adequa à sua situação. Responda também, por palavras suas, às perguntas abertas no espaço indicado para tal.

As informações obtidas são confidenciais e o seu resultado será codificado, para posterior tratamento estatístico restrito ao estudo.

A sua participação é voluntária, pelo que poderá desistir de participar no estudo a qualquer momento.

Nome: _____

Assinatura: _____

GRATA PELA SUA COLABORAÇÃO

Anexo 1 – Autorização para a realização do estudo



COMISSÃO de ÉTICA

António
Maria do Céu Faia
Enfermeira Directora
17/08/2013

PARECER da COMISSÃO de ÉTICA

A Comissão de Ética recebeu do C.A. o pedido de parecer, para a realização de um trabalho de investigação, sendo a investigadora, **Carla Augusta Gonçalves Ribas**, Enfermeira a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, cujo tema é: "**Visita Domiciliária e o Sucesso em Aleitamento Materno**".

Por se encontrar completo, foi pela Comissão dado parecer positivo à realização do referido estudo.

A Comissão de Ética reunida em 08 de Julho de 2013

O Presidente da C. E.

AS
.....
(Dr. António Rodrigues)

